Rapport annuel de gestion
2015-2016

DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE —
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Québec

Coordination
Service des communications
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Rédaction
Directions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN : 978-2-924330-90-6 (version imprimée)
ISBN : 978-2-924330-91-3 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

MESSAGE

DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CIUSSS de l'ESTRIE – CHUS : UNE ANNÉE DE GRANDE TRANSFORMATION!

Nous ne pouvons qu'être profondément fiers de tout le chemin parcouru en seulement une année! Douze mois au cours desquels nous avons su relever les défis un à un et les transformer en grandes opportunités! La création d'une organisation de l'envergure de notre établissement, le seul CIUSSS – CHU du Québec n'aurait pu être possible sans la mise en commun des forces et des acquis des anciens établissements et sans le savoir-faire et le savoir-être de millier d'hommes et de femmes. Les efforts de chacun ont été nécessaires pour accomplir simultanément la multitude de travaux reliés à la transformation, tout en maintenant des soins et des services de qualité et sécuritaires aux usagers.

À travers les défis, pouvant parfois lui sembler insurmontables, la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a su garder le cap et demeurer centrée sur l'usager, celui au cœur même de cette grande transformation. Nous tenons d'ailleurs à remercier chaleureusement l'ensemble des équipes et à leur transmettre toute notre reconnaissance, au nom de ces personnes pour qui elles font une réelle différence! Dans le tourbillon et les multiples changements engendrés au cours de 2015-2016, notre communauté s'est également ancrée solidement à nos fondements organisationnels. En soutien à la mission du réseau de la santé et des services sociaux, notre projet collectif a été porté par notre stratégie « En Estrie, ENSEMBLE, innovons pour la VIE » ainsi que nos valeurs : l'humanisme, l'engagement et l'adaptabilité. Elles ont donné un sens profond à cette importante transformation. Notre conseil d'administration formé le 1er octobre 2015 a d'ailleurs pris soin d'élaborer une déclaration d'engagement concernant notre stratégie et nos valeurs organisationnelles.

Notre volonté d'intégrer notre mission universitaire dans les soins et services est venue soutenir notre réflexion avec nos deux centres de recherche et l'institut de première ligne, récemment désigné par le MSSS. Rappelons que notre établissement représente d'ailleurs le seul CIUSSS à intégrer un Centre hospitalier universitaire, une valeur ajoutée de grande distinction que nous comptons bien démontrer au cours des prochaines années! Plusieurs chantiers ont aussi rapidement été mis en place. Certains prendront plus de temps à compléter, d'autres se déploieront grâce à une approche renouvelée. On n'a qu'à penser à l'implantation de la gestion par trajectoires de soins et services. Elle nous a menés à revoir l'ensemble de nos pratiques et à les combiner, en intégrant la notion d'usager partenaire. En appui à ces trajectoires et pour assurer l'accessibilité aux soins et leur qualité dans le respect des cibles ministérielles, un plan d'organisation a été élaboré.

Unifier les processus et les pratiques cliniques et administratives de l'ancienne agence régionale et ceux de 14 ex-établissements distincts devenus un seul et unique, représente un exercice de haute voltige. C'est pourquoi la contribution de tous les gestionnaires s'avère nécessaire pour y parvenir. Cette démarche a ainsi permis de répertorier les meilleures pratiques de chacun et de viser à les déployer à travers l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. À cela s'ajoute la nécessité et la complexité d'implanter des systèmes d'information cliniques et administratifs efficaces et communs en soutien à cette optimisation.

Le nouveau découpage entre la Montérégie et l'Estrie a exigé de transférer certaines responsabilités des CISSS de la Montérégie au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour les réseaux locaux de services de la Pommeraie et de La Haute-Yamaska, notamment les services du centre jeunesse, les mécanismes de sécurité civile, le traitement des plaintes, les ressources d'hébergement (RI-RTF, RHTJP, RPA) et la santé publique.

Finalement, dans une optique d'efficacité et de cohérence au sein des nouvelles directions administratives et cliniques, un redéploiement d'effectifs se révèle nécessaire. Ce mandat présente un niveau de complexité élevé considérant notamment notre territoire de desserte s'étendant sur près de 13 000 km^2, les nombreux déménagements à orchestrer et les environnements technologiques à concilier et à arrimer.

Ces actions multiples entraînent l'adaptation de nos pratiques et façons de faire à tous les niveaux de l'organisation, ce qui peut être parfois, mais temporairement déstabilisant pour certains. C'est pourquoi nous avons pris soin d'accompagner cette période de transformation de plusieurs outils de communication. Ainsi, dès le début et tout au long du processus, la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été à même de connaître précisément chacune des étapes (où nous en sommes et vers où nous allons) : visioconférence mensuelle et boîte vocale le vendredi pour les gestionnaires; bulletin Le lien traitant de la transformation – diffusion hebdomadaire aux 17 000 employés; tournées de l'ensemble des installations; nouvel intranet; nouveau site internet, etc.

De plus, un cahier de bord et des ateliers de gestion du changement ont été élaborés pour soutenir et accompagner nos gestionnaires. Nous croyons que le sens apporté rapidement à cette transformation et les différents outils déployés, jumelés à notre souci constant de transparence, ont su jouer un rôle clé auprès de l'ensemble du personnel et faire ainsi une réelle différence dans la qualité d'accompagnement et le niveau de soutien apportés.

En terminant, nous souhaitons remercier chaleureusement l'ensemble des équipes – gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, bénévoles, membres du C. A. pour leur dévouement, leur implication et l'énergie investie. Forts d'une première année riche en apprentissages et confiants en cette grande équipe que nous formons, nous sommes prêts et déterminés à poursuivre dans notre lancée!

C'est avec grand plaisir que nous vous invitons maintenant à parcourir le tout premier rapport annuel de gestion du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Vous trouverez dans les prochaines pages un portrait détaillé des projets et des travaux de notre établissement. Les défis demeurent nombreux, mais déjà nous pouvons apprécier tout le travail accompli par ces hommes et ces femmes qui forment le CIUSSS de l'Estrie – CHUS!

Bonne lecture!

M. Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

M^{me} Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

DÉCLARATION
SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.

P. Gauthier

Mme Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

TABLE
DES MATIÈRES

Lexique et acronymes VII

PARTIE 1
PORTRAIT DE LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE L'ESTRIE

1.1 Population 11

1.2 Territoire 13

1.3 Réseaux locaux de services et installations 14

1.4 Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Sherbrooke 19

PARTIE 2
FONDEMENTS ET POSITIONNEMENT D'UN ÉTABLISSEMENT UNIQUE

2.1 Ce qui nous inspire et nous guide – Mission, vision, stratégie et valeurs 22

2.2 Mission universitaire et centres de recherche, notre distinction 24

2.3 Nos ressources humaines, notre plus grande richesse 25

PARTIE 3
GOUVERNANCE

3.1 Conseil d'administration 27

3.2 Comités et instances du conseil d'administration 31

3.3 Structure de gouvernance de la Direction générale 59

3.4 Organigramme de la haute direction et ses fonctions 73

PARTIE 4
PLAN D'ACTION ORGANISATIONNEL

4.1 Garantir l'accessibilité aux soins et services – Axe 1 75

4.2 Utiliser judicieusement les ressources – Axe 2 89

4.3 Agir pour et avec l'usager – Axe 3 98

4.4 Assurer la qualité des soins et des services – Axe 4 104

4.5 Bâtir pour et avec le personnel, les médecins, gestionnaires, partenaires, bénévoles et communautés – Axe 5 117

4.6 Intégrer la mission universitaire – Axe 6 120

PARTIE 5
DONNÉES FINANCIÈRES

5.1 États financiers

5.1.1 Rapport de la direction 123

5.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant 124

5.2 Gestion et contrôle des effectifs et contrats de service

5.2.1 Gestion et contrôle des effectifs 157

5.2.2 Contrats de service 158

5.3 Organismes communautaires 158

ANNEXES

A Attentes spécifiques 177

B Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 183

LEXIQUE
ET ACRONYMES

ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
AMF	Activités de médecine de famille
AMP	Activités médicales particulières
BD	Bureau de direction
C. A.	Conseil d'administration
CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CÉR	Comité d'éthique à la recherche
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COMMUNAUTÉ	Le personnel, les médecins, les chercheurs et les bénévoles œuvrant au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CR	Centre de recherche
CRE	Centre de réadaptation Estrie
CRCHUS	Centre de recherche du CHUS
CRDE	Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie

CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSF	Conseil des sages-femmes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUC	Comité des usagers continués
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DAR	Direction administrative de recherche
DGA-PSPGS	Direction générale/Directeur général adjoint au programme santé physique générale et spécialisée
DGA-PSR	Direction générale/Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
DGAs	Directeur général adjoint aux programmes santé physique générale et spécialisée et directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
DI-TSA	Déficience intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme
DP	Déficience physique
DPDI-TSA-DP	Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJe	Direction du programme jeunesse
DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance
DQÉPÉ	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DFRL	Direction des ressources financières et de la logistique
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRIT	Direction des ressources informationnelles et technologiques
DRMG	Département régional de médecine générale
DSG	Direction des services généraux
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSPublique	Direction de santé publique
DST	Direction des services techniques

ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
FRQS	Fonds de recherche du Québec - Santé
GAMF	Guichet d'accès aux médecins de famille
GIR	Gestion intégrée des risques
GMF	Groupe de médecine de famille
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
PDG	Présidente-directrice générale
PDGA	Présidente-directrice générale adjointe
PEMU	Plan d'effectifs médicaux universitaires
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAPS	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIGACO	Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien
TED	Troubles envahissants du développement
UdeS	Université de Sherbrooke

1. Portrait de la région sociosanitaire de l'Estrie

1.1 POPULATION

Le 1er avril 2015, l'ajout des territoires des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska a fait augmenter la population de la région sociosanitaire de l'Estrie de 48 %. Elle est ainsi passée de 322 306 à 476 108 personnes (Tableau 1). Pour 2025, on estime que ce nombre s'élèvera à près de 508 000 personnes.

TABLEAU 1

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES, RLS DE LA POMMERAIE, RLS DE LA HAUTE-YAMASKA, ESTRIE (AVANT LE 1ER AVRIL 2015), ESTRIE DESSERVIE PAR LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS (À PARTIR DU 1ER AVRIL 2015), PROVINCE DE QUÉBEC

Caractéristiques démographiques	RLS de la Pommeraie	RLS de la Haute-Yamaska	Estrie (avant le 1er avril 2015)	Estrie desservie par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Québec
Population, 2005	50 297	87 556	299 620	437 473	7 681 192
Population, 2015	53 084	100 718	322 306	476 108	8 291 355
Population, 2025	56 739	110 351	340 557	507 647	8 912 853
Taux d'accroissement, 2005 à 2015	+ 5,5 %	+ 15,0 %	+ 7,6 %	+ 8,8 %	+ 9,4 %
Taux d'accroissement, 2015 à 2025	+ 6,9 %	+ 9,6 %	+ 5,7 %	+ 6,6 %	+ 7,5 %
Rapport hommes/femmes, 2015	102,0 %	100,3 %	99,9 %	100,2 %	98,9 %
Taux de natalité, 2007 à 2011	9,8 %	11,2 %	10,7 %	10,7 %	11,2 %
Jeunes de 0 à 5 ans, 2015	6,0 %	6,5 %	6,2 %	6,3 %	6,5 %
Jeunes de 0 à 5 ans, 2025	5,8 %	6,0 %	5,9 %	5,9 %	6,4 %
Jeunes de 6 à 17 ans, 2015	11,8 %	12,5 %	12,0 %	12,1 %	12,0 %
Jeunes de 6 à 17 ans, 2025	12,3 %	12,7 %	12,5 %	12,5 %	12,9 %
Jeunes de 0 à 17 ans, 2015	17,8 %	19,0 %	18,2 %	18,4 %	18,5 %
Jeunes de 0 à 17 ans, 2025	18,1 %	18,7 %	18,4 %	18,4 %	19,3 %
Personnes âgées de 65 ans ou plus, 2015	21,5 %	18,6 %	19,9 %	19,8 %	17,5 %
Personnes âgées de 65 ans ou plus, 2025	26,3 %	26,1 %	26,5 %	26,6 %	22,6 %

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations de population révisées annuellement, version mars 2015. Ministère de la Santé et des Services sociaux, banque de données sur les naissances vivantes.

Nombres en bleu : Données des RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska attirant plus particulièrement l'attention, comparativement au territoire de l'Estrie tel que défini avant le 1er avril 2015.

Les caractéristiques populationnelles de la nouvelle région de l'Estrie

À l'instar du Québec, la population de l'Estrie n'échappera pas au vieillissement de sa population. D'ici dix ans, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 20 % à 27 %. Il en va pareillement pour les deux nouveaux RLS estriens qui verront eux aussi la population de ce même groupe augmenter.

L'impact des deux nouveaux territoires sur les statistiques

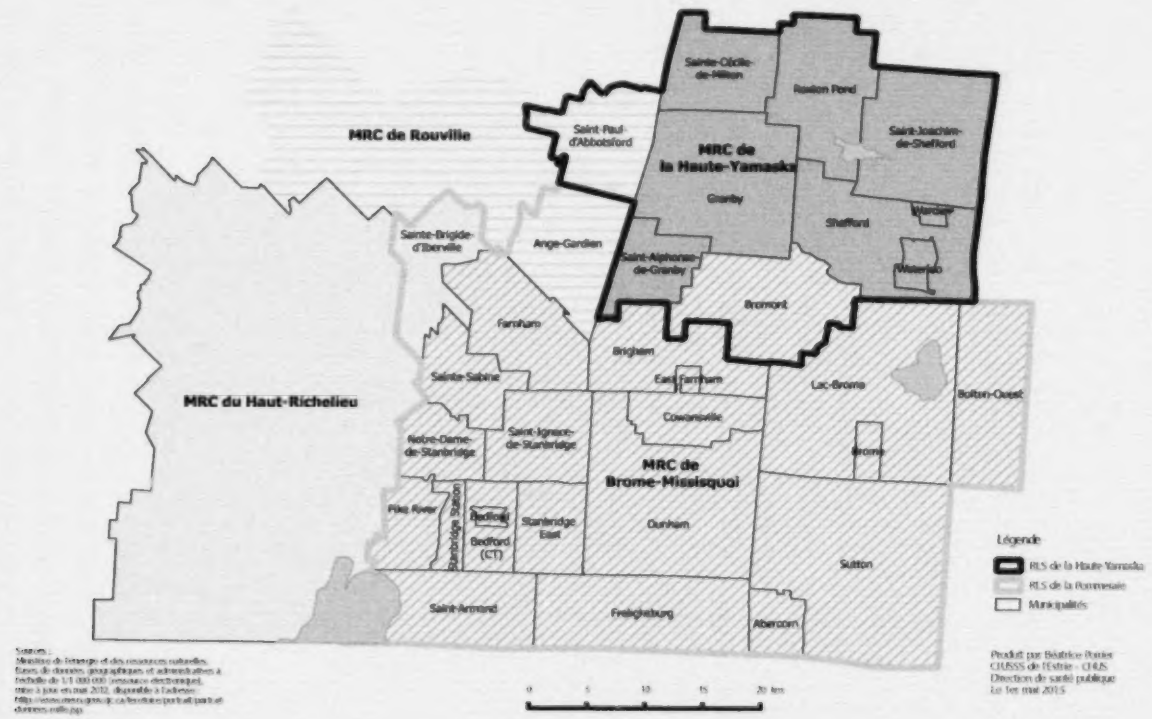
L'ajout de deux RLS en Estrie a eu un impact certain sur la population régionale, à commencer par l'augmentation de son poids démographique et l'accroissement du nombre d'immigrants et d'anglophones.

Avec l'arrivée du nouveau découpage territorial, le nombre de résidents estriens s'exprimant principalement en anglais à la maison est passé de 20 265 à 33 770, soit de 6,3 % à 7,1 %. L'arrivée des deux nouveaux RLS s'est aussi traduite par une augmentation d'un peu plus de 5 600 immigrants en Estrie.

Avant le 1er avril 2015, le découpage des municipalités régionales de comté (MRC) correspondait parfaitement à celui des territoires desservis par l'ancien réseau des soins et services de santé de l'Estrie. Ce qui n'était pas le cas pour les RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska (Figure 1). Il s'avère donc important de faire référence au RLS pour désigner le niveau local, plutôt qu'à la MRC.

FIGURE 1

COMPARAISON ENTRE LES DÉLIMITATIONS DE TERRITOIRES DE RLS ET DE MRC, RLS DE LA POMMERAIE ET DE LA HAUTE-YAMASKA

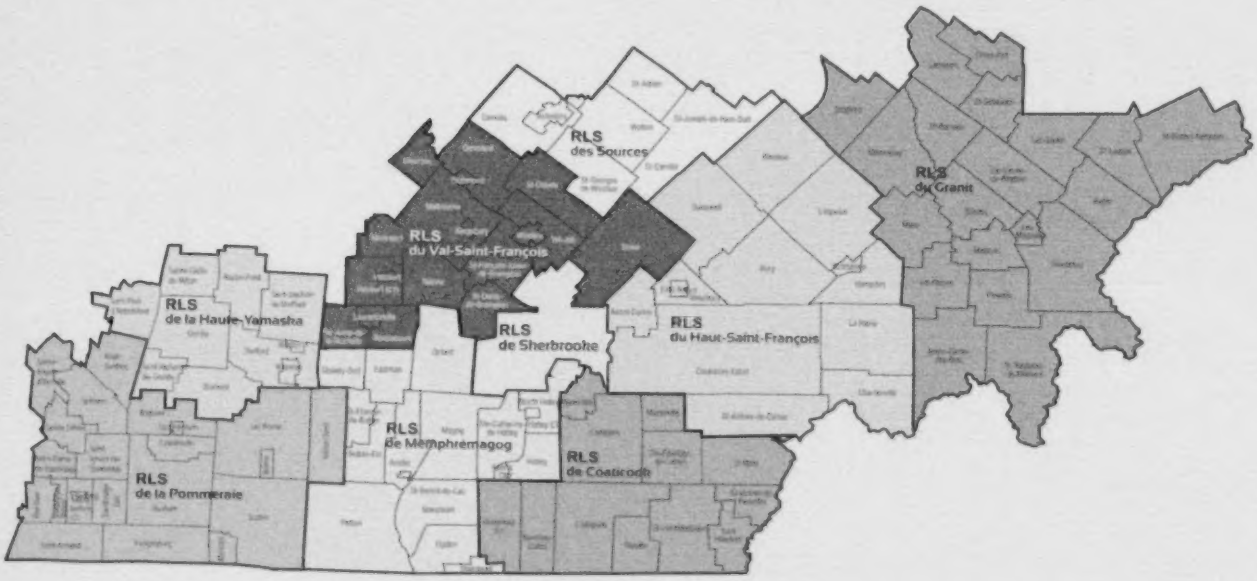


1.2 TERRITOIRE

Le territoire de desserte du CIUSSS de l'Estrie – CHUS couvre près de 13 000 km² et s'étend de Lac-Mégantic à Ange-Gardien. Lors de la création du nouvel établissement, deux nouveaux réseaux locaux de services (RLS) se sont ajoutés à la région sociosanitaire de l'Estrie. Avec les RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska, l'Estrie compte maintenant neuf réseaux locaux de services (Figure 2).

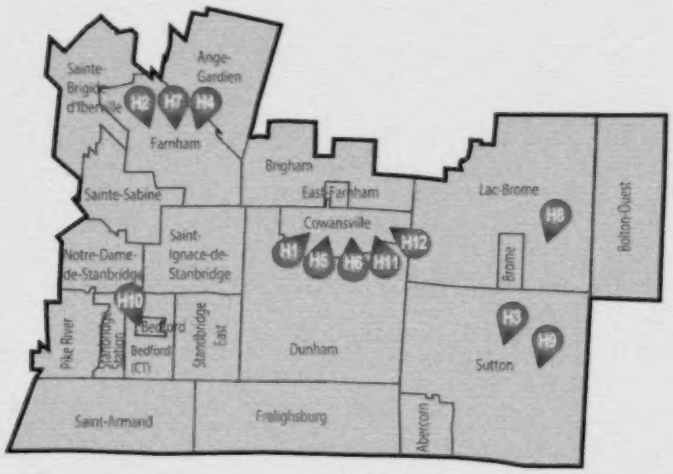
FIGURE 2

LES 121 MUNICIPALITÉS ET LES 9 TERRITOIRES DES RLS DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS



1.3 RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES ET INSTALLATIONS

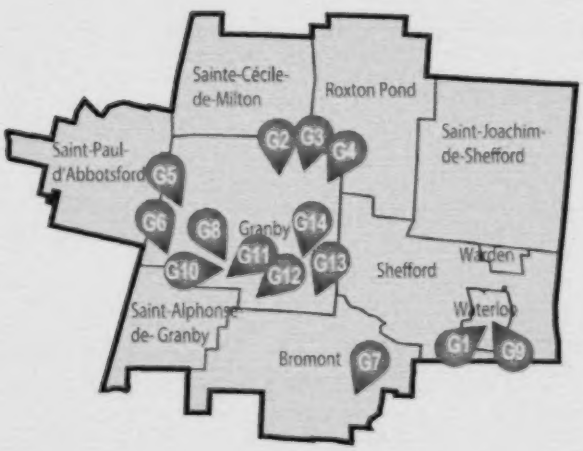
— RLS DE LA POMMERAIE —



H

1 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE COWANSVILLE □
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE FARNHAM □
3 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SUTTON □
4 CENTRE D'HÉBERGEMENT GÉRARD-HARBEC □
5 CLSC DE COWANSVILLE-DU-SUD ○
6 CLSC DE COWANSVILLE-LAROUCHE ○
7 CLSC DE FARNHAM ○
8 CLSC DE LAC-BROME ○
9 CLSC DE SUTTON ○
10 CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE BEDFORD ○□
11 HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS ☆□
12 UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE LA POMMERAIE ☆

— RLS DE LA HAUTE-YAMASKA —



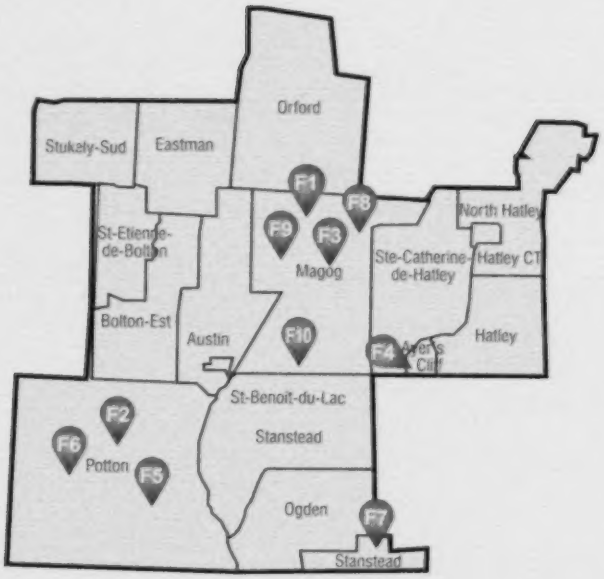
G

1 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WATERLOO □
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT MARIE-BERTHE-COUTURE □
3 CENTRE D'HEBERGEMENT VILLA-BONHEUR □
4 CENTRE D'HEBERGEMENT VITTIE-DESJARDINS □
5 CENTRE PROVIDENCE ☆
6 CENTRE SAINT-JACQUES ☆
7 CLSC DE BROMONT ○
8 CLSC DE SAINT-JOSEPH ○
9 CLSC DE WATERLOO ○
10 CLSC NOTRE-DAME ○
11 CLSC ROBINSON-SUD ○
12 CLSC SAINT-CHARLES ○
13 CLSC YVAN-DUQUETTE ○
14 HÔPITAL DE GRANBY □☆

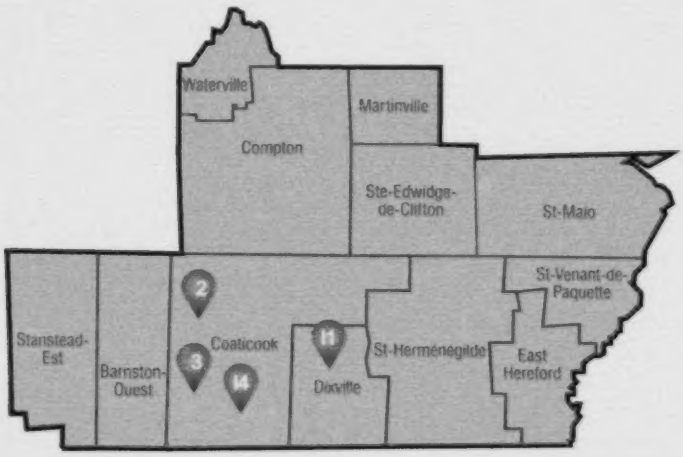
— RLS DE MEMPHRÉMAGOG —

F

1. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MAGOG ✱
2. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MANSONVILLE ✱
3. CSSS DE MEMPHRÉMAGOG ☆ ☐ ○
4. CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - CENTRE DE JOUR D'AYER'S CLIFF ☐
5. CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - CENTRE DE JOUR DE POTTON ☐
6. CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - POINT DE SERVICE DE POTTON ○
7. CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - POINT DE SERVICE DE STANSTEAD ○
8. POINT DE SERVICE DE MAGOG △
9. POINT DE SERVICE MEMPHRÉMAGOG-COATICOOK ★ △
10. SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE MEMPHRÉMAGOG ■



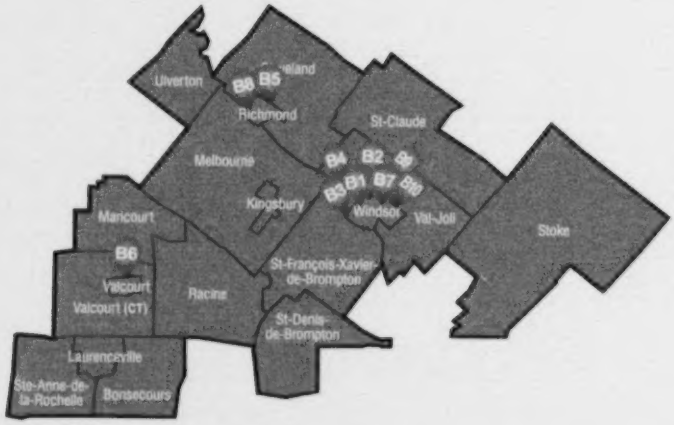
— RLS DE COATICOOK —



I

1. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE DIXVILLE ✱
2. CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK ☆ ☐ ○
3. POINT DE SERVICE DE COATICOOK △
4. SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE COATICOOK ■

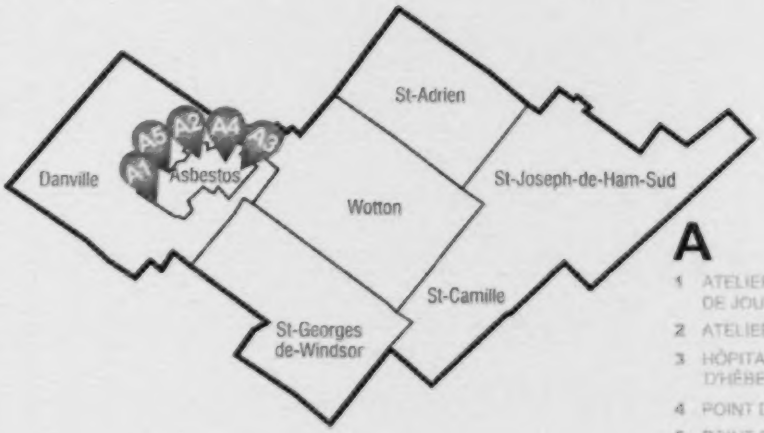
— RLS DU VAL-SAINT-FRANÇOIS —



B

1 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS ✻
2 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS ■
3 CENTRE DE JOUR LE BEL ÂGE □
4 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU VAL-SAINT-FRANÇOIS ✻
5 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE RICHMOND □
6 CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE VALCOURT □○
7 CLSC – URGENCE MINEURE - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WINDSOR □○☆
8 CLSC DE RICHMOND ○
9 POINT DE SERVICE DE WINDSOR
10 POINT DE SERVICE VAL-SAINT-FRANÇOIS ★ ▲

— RLS D'ASBESTOS —



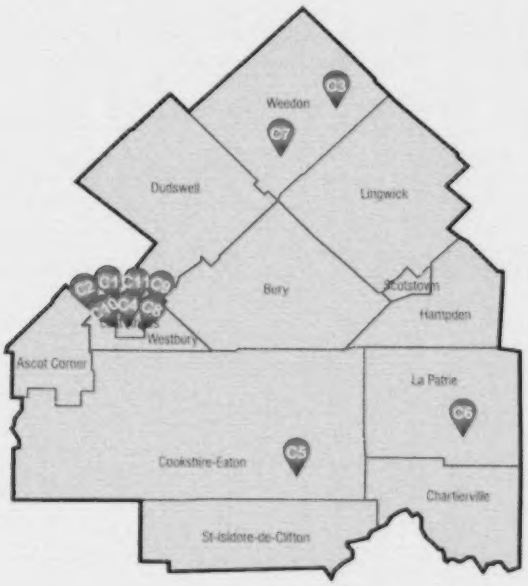
A

1 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR D'ASBESTOS ✻
2 ATELIER L'ÉTINCELLE ■
3 HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'ASBESTOS □○☆
4 POINT DE SERVICE ASBESTOS ★ ▲
5 POINT DE SERVICE D'ASBESTOS △

— RLS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS —

C

1. ATELIER DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS ✱
2. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS ✱
3. CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WEEDON □
4. CENTRE D'HÉBERGEMENT D'EAST ANGUS □
5. CLSC DE COOKSHIRE ○
6. CLSC DE LA PATRIE ○
7. CLSC DE WEEDON ○
8. CLSC D'EAST ANGUS ○
9. POINT DE SERVICE D'EAST ANGUS ○
10. POINT DE SERVICE HAUT-SAINT-FRANÇOIS ★ ▲
11. SERVICES EXTERNES D'EAST ANGUS ■



— RLS DU GRANIT —

D

— RLS DE SHERBROOKE —

E

1 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR SHERBROOKE - PROSPECT ✱
2 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - FAIRMOUNT ✱
3 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - QUIEN ✱
4 MAISON DE NAISSANCE DE L'ESTRIE ○
5 CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE ■ + ◆
6 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH □
7 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-VINCENT □
8 CENTRE LE TOURET ■
9 CLSC CAMIRAND ○
10 CLSC KING EST ○
11 CLSC KING OUEST ○
12 CLSC MURRAY ○
13 CLSC SPEED ○
14 FOYER DE GROUPE KELLY ▲
15 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT ARGYLE ☆ □
16 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'YOUVILLE ☆ □
17 HÔPITAL FLEURIMONT ☆
18 HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE ☆
19 LE CENTRE JEAN-PATRICE CHASSON △
20 POINT DE SERVICE #SHERBROOKE ★ ▲
21 POINT DE SERVICE VAL-DU-LAC ▲
22 RESSOURCE L'ENVOLÉE ■
23 SERVICE D'AIDES TECHNIQUES BELVÉDÈRE ■
24 VILLA MARIE-CLAIRE ×

- ✱ CRDI : centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
- ■ CRDPM : centre de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – motrices
- ★ CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- ▲ CRJDA : centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
- ◆ CRDPA : centre de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – auditives
- □ CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ○ CLSC : centre local de services communautaires
- ☆ CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- △ CRPAT : centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes
- + CRDPV : centre de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – visuelles
- × CRMDA : centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation

NOTE : LES POINTS DE REPÈRE SONT POSITIONNÉS À TITRE INDICATIF

1.4 RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) modifiait la Loi sur les services de santé et les services sociaux et créait les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Un territoire de responsabilité a été dévolu à chaque RUIS dont l'objectif est d'assurer, à l'intérieur de ce territoire, une desserte en soins de troisième et de quatrième lignes, tout en facilitant l'accès à l'enseignement et à la recherche de haut niveau.

Le RUIS, formé à la base de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke et du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, dessert plus d'un million de personnes. Son territoire clinique couvre la région touristique de l'Estrie, une partie de la Montérégie et le Centre-du-Québec. Le RUIS de l'Université de Sherbrooke déploie ses missions de formation et de recherche à travers l'Estrie, la Montérégie, le Centre-du-Québec, et ce, jusqu'au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

2. Fondements et positionnement d'un établissement unique

UN ÉTABLISSEMENT UNIQUE!

Avec près de 100 % des soins de santé et de services sociaux offerts, de la prévention aux services surspécialisés, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS représente l'établissement le plus complet au Québec.

À l'exception de Montréal et de Québec, la population du nouveau territoire de l'Estrie, devient ainsi la seule à recevoir, à proximité, des soins et services de qualité, de la première à la quatrième ligne, et ce, au sein d'un établissement universitaire et en partenariat avec l'Université de Sherbrooke.

LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS C'EST...

Plus de **17 000** employés (soit plus que la population de la ville de Laval, qui compte 15 000 habitants)

Près de **5000** étudiants en stage et plus de **800** résidents en médecine

Des centaines de partenaires, GMF (groupe de médecine de famille), pharmacies communautaires, cliniques médicales privées et organismes communautaires reconnus par le PSOC (programme de soutien aux organismes communautaires)

Plus de **1000** médecins

Plus de **300** chercheurs

Quelque **2000** bénévoles

100 installations inscrites au permis de l'établissement

1,1 milliard $ de budget annuel
(**3 M$** /jour | **125 000 $** /h | **2000 $** /min)

12 820 km²: superficie du territoire desservi (soit plus du double de la superficie de l'Île du Prince-Édouard, qui compte 5 683 km²)

14 établissements intégrés

3200 lits (2100 en CHSLD et 1100 en CH et CR)

Près de **500 000** habitants sur le territoire desservi

9 réseaux locaux de services (RLS)

2.1 CE QUI NOUS INSPIRE ET NOUS GUIDE

NOTRE MISSION

Une même mission portée par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux :

> « Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. »

NOTRE VISION

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS avec l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux partagent une même vision et aspirent à des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficients, qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

NOTRE STRATÉGIE

Notre énoncé stratégique définit le projet collectif du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : ce à quoi nous aspirons en tant que communauté au sein de l'organisation. Il vient aussi soutenir la mission et la vision du réseau de la santé et des services sociaux.

EN ESTRIE,
ENSEMBLE,
INNOVONS POUR LA **VIE**

NOS VALEURS

Les valeurs organisationnelles, fondements ancrés solidement au cœur de l'établissement et de sa communauté, guident les attitudes et les comportements attendus et balisent également notre savoir-faire. Elles représentent ainsi notre manière d'être au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, notre manière d'agir face aux personnes, aux familles, aux proches. Elles veillent également à circonscrire le rapport préconisé entre les membres de notre organisation et auprès des partenaires, de même que notre manière de faire.

HUMANISME : Chaque personne considère que l'autre a droit au respect, à la compassion, à la bienveillance, à la considération, à la confiance et à l'authenticité.

ENGAGEMENT : Chacun s'engage en respect des autres, de façon positive et s'investit pleinement avec passion et rigueur dans sa propre mission, qu'elle soit liée à sa profession, sa guérison, son cheminement.

ADAPTABILITÉ : Chacun fait preuve d'ouverture, de souplesse, d'écoute et de la réactivité nécessaires pour s'adapter aux besoins actuels et évolutifs des personnes.

2.2 MISSION UNIVERSITAIRE ET CENTRES DE RECHERCHE, NOTRE DISTINCTION

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS constitue le seul CIUSSS à intégrer la mission d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Il compte également trois infrastructures dédiées à la recherche dont deux centres de recherche reconnus par le FRQS (Fonds de recherche du Québec – Santé), soit le Centre de recherche du CHUS et le Centre de recherche sur le vieillissement ainsi que l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux.

On attribue à la mission universitaire un rôle clé pour l'amélioration de la performance globale de l'établissement ainsi que des soins et services qui y sont dispensés. Ce rôle s'actualise par l'intégration des six volets de la mission universitaire (enseignement, recherche, transfert des connaissances, évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI), pratiques de pointe et rayonnement) tant au niveau des activités cliniques qu'administratives. Par ailleurs, cette contribution repose sur de solides collaborations avec différents partenaires, dont l'Université de Sherbrooke.

Par le développement d'une culture de la recherche et de l'enseignement, dans une perspective d'évolution des savoirs, d'amélioration des pratiques et de soutien à la prise de décision, la mission universitaire se veut un vecteur de soutien au déploiement et à la progression des activités de l'ensemble des trajectoires de soins et services de notre CIUSSS.

2.3 NOS RESSOURCES HUMAINES, NOTRE PLUS GRANDE RICHESSE

Effectifs	Au 31 mars 2016	Au 31 mars 2015	Variation (C1-C2)
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES			
LES CADRES (DONNÉES PROVENANT DE L'ENTREPÔT DE DONNÉES LOCAL LOGIBEC)			
Tempscomplet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	465	532	-67
Temps partiel (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	20	25	-5
Temps partiel (ETC excluant les personnes en stabilité d'emploi, a, c)	nd	10,7	nd
Nb de cadres en stabilité d'emploi * (à noter que ce nombre inclut les cadres en replacement [7] et les cadres en retraite-préretraite [32]).	39	1	38
LES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS RÉGULIERS (DONNÉES PROVENANT DE L'ENTREPÔT DE DONNÉES LOCAL LOGIBEC)			
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	7 845	7 827	18
Temps partiel (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	4 548	4 501	47
Temps partiel (ETC excluant les personnes en sécurité d'emploi, a, c)	2 664	2 607	57
Nombre d'employées et d'employés en sécurité d'emploi	0	0	0
PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES			
LES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS OCCASIONNELS (DONNÉES PROVENANT DE L'ENTREPÔT DE DONNÉES LOCAL LOGIBEC)			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	5 492 830	5 929 542	436 712
ETC (b, c)	2 995	3 233	-238

a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi
(Source : Rapport annuel de gestion 2013-2014 - Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie)
b) Les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile) **(Source : MSSS)**

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS compte aussi plus de 1 000 médecins et près de 700 résidents auxquels s'ajoutent plus de 800 étudiants en médecine. L'établissement regroupe quelque 351 chercheurs issus du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CRCHUS), du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS). À ce nombre se joignent près de 4 400 étudiants en stage et quelque 2 000 bénévoles impliqués dans l'ensemble des sphères de l'établissement, notamment les fondations, les soins généraux et de longue durée et les services sociaux.

3. Gouvernance

3.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) (RLRQ, chapitre O-7.2) adoptée le 7 février 2015, a instauré une nouvelle gouvernance. Elle est ainsi venue préciser la composition du conseil d'administration de l'établissement dont les membres sont soit désignés par certains groupes ou soit nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS compte 19 membres.

- La présidente-directrice générale (membre d'office du C. A.);
- Six membres issus chacun des groupes suivants, soit : les usagers et les usagères (comité des usagers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS), le conseil multidisciplinaire, le conseil des infirmières et infirmiers, un médecin spécialiste membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un pharmacien d'établissement membre du comité régional sur les services pharmaceutiques et enfin un médecin omnipraticien membre du département régional de médecine générale du territoire;
- Dix membres indépendants ayant l'un des profils de compétence suivants : gouvernance et éthique, vérification et performance, gestion des risques et de la qualité, ressources humaines, ressources immobilières et informationnelles, expertise dans les organismes communautaires, protection de la jeunesse, réadaptation (2), santé mentale et expérience vécue à titre d'usagers des services sociaux. Un des membres indépendants nommé à partir d'une liste fournie par le comité régional institué en fonction de l'article 510 de la LSSSS, soit le comité régional d'accès à la langue anglaise;
- Deux membres représentant le milieu universitaire;
- Un membre observateur, désigné par les fondations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'ajoute aux 19 membres précédents.

Les membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

		Nom	Profil/Collège
1		Jacques Fortier	Président du conseil d'administration Indépendant - Compétence en gouvernance ou éthique
2		Diane Gingras	Vice-présidente du conseil d'administration Indépendante - Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux
3		Gérald R. Cutting	Indépendant - Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
4		André Forest	Indépendant - Expertise en santé mentale
5		Rachel Hunting	Indépendante - Expertise dans les organismes communautaires
6		Michel Kinumbe Elungu	Indépendant - Expertise en réadaptation
7		Pauline Lefebvre	Indépendante - Expertise en protection de la jeunesse

8		Micheline Richer	Indépendante - Expertise en réadaptation
9		Serge Therrien	Indépendant - Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
10		Poste vacant	Indépendant - Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
11		Frédéric Grondin	Désigné - Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
12		Patrice Lamarre	Désigné - Conseil régional des services pharmaceutiques (CRSP)
13		Denis Marceau	Désigné - Comité des usagers du centre intégré (CUCI)
14		Martin Robert	Désigné - Conseil multidisciplinaire (CM)

15		Dr Mathieu Touchette	Désigné - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
16		Dre Raymonde Vaillancourt	Désignée - Département régional de médecine générale (DRMG)
17		Dr Pierre Cossette	Nommé - Université
18		Luce Samoisette	Nommée - Université
19		Patricia Gauthier	Nommée - Présidente-directrice générale
20		Pierrette Grenier	Observatrice - Fondations

Depuis leur entrée en fonction, en octobre dernier et jusqu'au 31 mars 2016, les membres du conseil d'administration ont tenu une rencontre inaugurale, cinq séances publiques, deux journées de formation et une journée *lac-à-l'épaule*. Les membres du C. A. ont profité de la première séance officielle pour adopter une déclaration dans laquelle ils s'engagent à s'assurer « que notre établissement donne, pour et avec l'usager, ses proches et leur communauté, des soins et des services de qualité, sécuritaires, accessibles et fluides, en toute équité, à l'intérieur du territoire dont [ils ont] la responsabilité ».

Le code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs

Au cours de l'année 2015-2016, suivant l'adoption du code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs, tous les membres du conseil ont complété la déclaration d'intérêt. Aucun cas disciplinaire n'a été traité par les instances concernées durant l'année.

La gouverne du conseil d'administration est balisée par un code d'éthique et de déontologie élaboré à l'intention des administrateurs. L'intégralité du document, intitulé *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS* se trouve annexé au présent rapport. La version électronique du code peut aussi être consultée sur le site Internet de l'établissement à santeestrie.qc.ca.

3.2 COMITÉS ET INSTANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

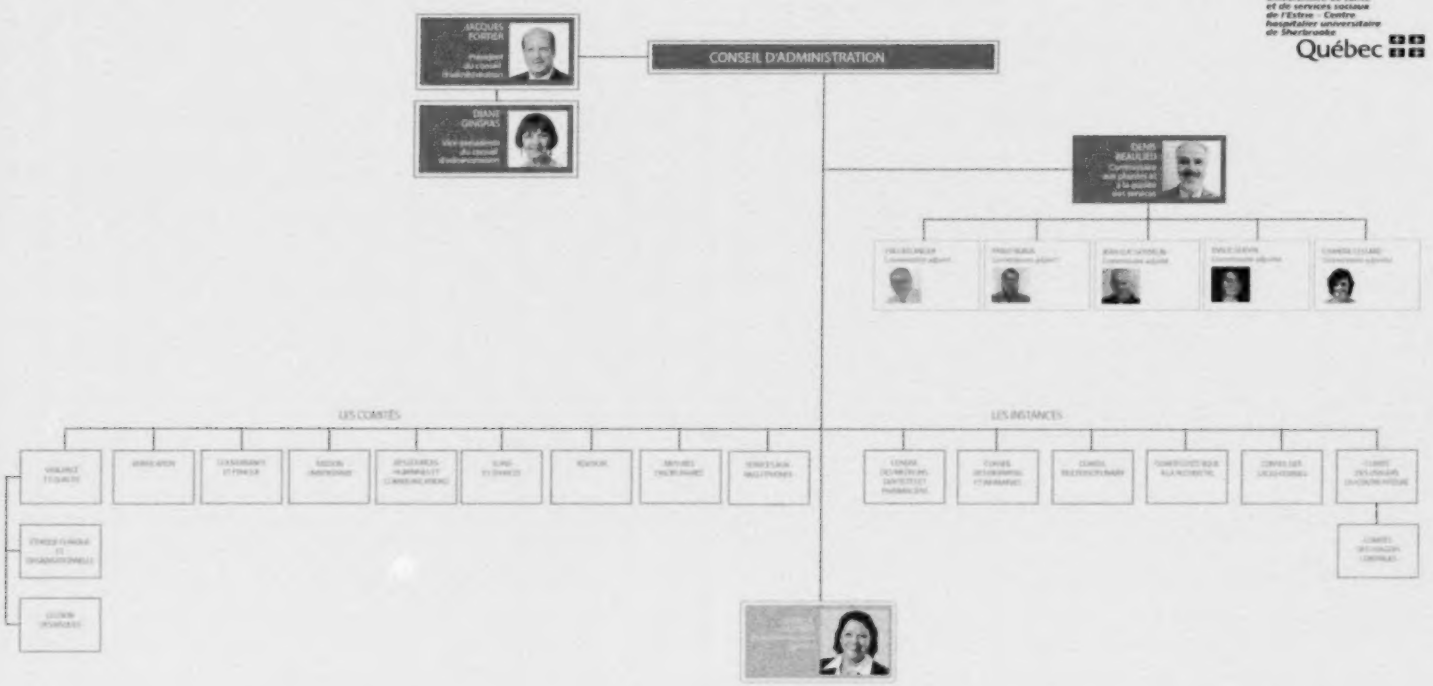
Pour exercer ses fonctions, le conseil d'administration est soutenu par un ensemble de comités et d'instances.

Possédant des expertises spécifiques, les membres constituent un conseil d'administration diversifié et complet où chacun veille ainsi à mettre ses forces à profit en s'impliquant dans au moins deux des comités consultatifs mis en place.

ORGANIGRAMME - COMITÉS ET INSTANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec



— COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ —

MANDAT

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- Assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (RLRQ, c. P-31.1) (art. 181.0.1, LSSSS);
- Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- Favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au C. A.;
- Faire des recommandations au C. A. sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- Assurer le suivi auprès du C. A. de l'application, par ce dernier, des recommandations du comité;
- Veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- Procéder à l'évaluation annuelle du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Se doter d'un cadre de référence en matière de qualité;
- Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSS).

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Micheline Richer	Présidente	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
André Forest	Membre régulier	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Denis Marceau	Membre régulier	Membre désigné par le comité des usagers
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale

Membre	Statut	Condition de désignation
Denis Beaulieu	Membre d'office	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

RÉALISATIONS

- Procéder à la révision de la charte : nommer la présidente, bonifier le mandat et préciser les règles de fonctionnement;
- Discuter des enjeux autour de 14 vecteurs d'amélioration continue de la qualité, 6 vecteurs en matière de gestion intégrée des risques et de la sécurité des usagers ainsi que 3 vecteurs en lien avec l'expérience usager-partenaire;
- Réaliser un état de situation sommaire et situer les principaux risques et défis pour l'organisation;
- Établir les priorités pour l'année 2016-2017;
- Considérer les enjeux en lien avec le processus de traitement des plaintes des usagers;
- Commenter le projet de rapport statistique présenté par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et préciser les attentes;
- Traiter des enjeux en lien avec la prestation sécuritaire des soins et services en regard des résultats révélés par le Rapport national 2014-2015 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé (RNIASSS);
- Étudier le projet de tableau bord pour le CVQ et préciser les attentes;
- Prendre acte et discuter des résultats des rapports périodiques du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Procéder à l'analyse du règlement sur la procédure d'examen des plaintes et recommander son adoption au conseil d'administration;
- Suivre l'état d'avancement des travaux de la démarche d'agrément 2016;
- Analyser les travaux du chantier éthique, commenter les contenus et discuter des enjeux;
- Évaluer les enjeux en lien avec la gestion intégrée des risques (GIR) et prendre connaissance d'une proposition de démarche d'implantation de la GIR et de l'audit interne au sein de l'organisation et en recommander sa réalisation.

Le comité a tenu deux rencontres entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016.

— COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE —

Au 31 mars 2016, le comité d'éthique clinique et organisationnelle n'était pas encore en fonction.

MANDAT

En vue de la constitution et de la mise sur pied du futur comité d'éthique clinique et organisationnelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, un chantier éthique, composé de personnes représentant différentes directions et instances, s'est vu confié le mandat de :

- valider le contenu de l'inventaire des ressources en éthique clinique dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- participer à la réflexion sur l'optimisation des ressources en place;
- contribuer à l'élaboration d'une offre de service et d'un cadre de référence en éthique clinique et organisationnelle;

- participer à la définition des règles de fonctionnement du futur comité;
- collaborer à la mise en œuvre d'un nouveau code d'éthique.

Entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, sept rencontres ont été tenues par le Chantier éthique.

RÉALISATIONS

Les travaux du Chantier éthique ont mené à l'élaboration des projets de documents suivants :

- Cadre de référence en éthique clinique et organisationnelle;
- Règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique et organisationnelle;
- Offre de service du comité d'éthique clinique et organisationnelle;
- Code d'éthique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Dans le cadre de son mandat, l'équipe du Chantier éthique a consulté différentes instances de l'établissement :

- Comités d'éthique des anciens établissements;
- Comité des usagers du centre intégré (CUCI);
- Instances professionnelles (CM, CII et CMDP);
- Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS);
- Comité de coordination interdirections (CCI);
- Bureau de direction (BD);
- Comité de vigilance et de la qualité (CVQ).

L'adoption de cette nouvelle instance et du code d'éthique devrait se faire lors du C. A. de juin 2016.

Pendant la réalisation des travaux du Chantier éthique, les demandes de consultation en éthique clinique ou organisationnelle ont été reçues et traitées par la conseillère en éthique de la DQÉPÉ (pour l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS) ainsi que par les comités d'éthique clinique qui ont été en mesure de demeurer fonctionnels (seulement pour l'ancien établissement dont ils étaient issus).

— COMITÉ DE GESTION DES RISQUES —

MANDAT

Le comité a pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- s'assurer qu'un soutien est apporté à la victime et à ses proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir leur récurrence ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu (article 183.2. de la Loi).

COMPOSITION

Au 31 mars 2016, le nouveau comité de gestion des risques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS n'était pas encore en fonction.

RÉALISATIONS

Dans le cadre de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux et le regroupement des 14 établissements sous un seul et même établissement, la DQÉPÉ a entrepris des travaux au cours de la dernière année afin que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS réponde aux exigences légales en matière de gestion des risques.

En effet, le besoin d'optimiser et d'uniformiser les différents documents et processus en gestion des risques tels les documents institutionnels, les outils de suivi et les systèmes d'information encadrant la gestion des risques, la terminologie utilisée (interprétation différente d'une installation à l'autre) s'est avéré incontournable. Nous devons donc développer le cadre de référence dans le but d'améliorer et d'harmoniser les pratiques en gestion des risques. Dans ce contexte et pour travailler de façon intégrée et coordonnée, nous avons mis en place une structure de projet pour l'optimisation de nos pratiques en gestion des risques. Nous visons l'adoption de cette nouvelle instance lors du conseil d'administration de juin 2016.

Par ailleurs, des instances locales de comité de gestion des risques ont poursuivi leurs activités de façon variable d'une installation à l'autre.

Principaux risques d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance :

En Estrie (incluant les territoires des RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska), près de 32 000 événements ont été déclarés entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016. Périodiquement, le volume de déclarations fluctue entre 2 100 et 2 900 événements. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (53,6 %) et les centres hospitaliers (36,8 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés à la médication (35,97 %), suivi des chutes (31,85 %) et des événements autres (15,81 %). Il est à noter que ces données sont celles disponibles en date du 5 mai 2016; les établissements ayant jusqu'au 15 juin 2016 pour compléter l'information dans leur système local de surveillance.

Des travaux sont en cours afin de concevoir un tableau de bord pour le suivi des indicateurs associés à la gestion des risques.

— COMITÉ DE VÉRIFICATION —

MANDAT

- S'assurer du déploiement et du suivi d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement;
- Veiller à la réalisation, à l'implantation et à l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Analyser et voir au suivi budgétaire périodique;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement.

COMPOSITION

Membre	Statut
Jacques Fortier	Président et membre d'office
Serge Therrien	Membre
Gérald R. Cutting	Membre
Micheline Richer	Membre
Patricia Gauthier	Invitée
À nommer par le ministre	Membre indépendant ayant compétence en gestion de risques, finances et comptabilité

RÉALISATIONS

- Prendre connaissance du suivi des résultats financiers et des projections pour l'année financière 2015-2016;
- Prendre connaissance du niveau de réalisation des mesures prévues au plan d'optimisation budgétaire déterminé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Échanger sur les données issues de l'analyse de Raymond Chabot Grant Thornton sur la performance financière comparable des CISSS et CIUSSS (N. B. : importance de tenir compte de la spécificité du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : seul CIUSSS intégrant un centre hospitalier universitaire);
- Effectuer un point de situation sur les travaux visant à assurer les transferts budgétaires, en 2015-2016 et en 2016-2017 (base annuelle), des budgets correspondants aux activités de l'ex-Montérégie prises en charge par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Parcourir le projet de dossier de demande de soutien financier et assurer un suivi de l'état d'avancement des échanges avec les équipes ministérielles dans le dossier;
- Présenter l'offre de service de la Direction des ressources financières et de la logistique;
- Prendre connaissance du suivi des résultats financiers et des projections pour l'année financière 2015-2016;
- Prendre connaissance des lignes de conduite interne préliminaires transmises au Secrétariat du Conseil du Trésor le 4 février 2016 et évoquer les points à y intégrer en vue d'une présentation au Conseil d'administration de l'automne 2016;
- Présenter le processus d'appels d'offres effectué à l'été 2015 pour la désignation des vérificateurs externes et l'économie engendrée pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Échanger avec les vérificateurs externes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, le cabinet Deloitte, sur le plan de travail pour la vérification de la fin d'année financière 2015-2016;
- Atteindre l'équilibre budgétaire en 2016-2017 sans affecter les soins et services aux usagers;
- Approuver l'ensemble des rapports financiers et d'approvisionnement de la première année de fonctionnement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Assurer le contrôle des transactions immobilières majeures de l'établissement;
- Proposer des stratégies pour soutenir l'approvisionnement local, dans un esprit de développement de la santé économique de la région;

- Proposer une approche novatrice pour assurer la budgétisation des directions de l'établissement en considérant les performances financières comparables, dans un esprit de « budget base zéro »;
- Convenir de stratégies faisant du CIUSSS de l'Estrie – CHUS un pionnier dans le réseau de la santé et des services sociaux en matière d'audit interne et de gestion intégrée des risques;
- Convenir de stratégies permettant au CIUSSS de l'Estrie – CHUS de soutenir l'ensemble du réseau pour offrir aux usagers de l'ensemble du Québec des radio-isotopes en quantité suffisante et au meilleur coût, notamment dans la perspective de la fermeture de la centrale nucléaire de Chalk River en 2018.

Entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, deux rencontres ont été tenues (21 janvier et 18 février 2016).

— COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE —

MANDAT

Ce comité, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et le règlement de régie interne du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- élabore et établit les mécanismes de suivi concernant :
  - les règles de gouvernance pour la conduite des activités de l'établissement;
  - le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du C. A.;
  - les critères d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
  - le programme d'accueil et de formation continue pour les administrateurs;
- agit à titre d'équipe de gouvernance durable dans le cadre du processus d'agrément;
- recommande au C. A. des orientations en lien avec la désignation toponymique;
- tient un registre des personnes intéressées à devenir membre indépendant du conseil d'administration, identifie leur profil de compétences et émet des recommandations sur la composition du conseil;
- révise les modifications corporatives importantes (ex. : cession partielle d'activités);
- évalue annuellement la structure de l'organisation;
- assure une vigie pour le conseil d'administration au niveau de l'éthique organisationnelle et clinique.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Pauline Lefebvre	Présidente	Membre indépendante
Dr Pierre Cossette	Membre	Membre
Jacques Fortier	Membre	Membre indépendant
Rachel Hunting	Membre	Membre indépendante
Denis Marceau	Membre	Membre
Pierrette Grenier	Observatrice	Observatrice
Patricia Gauthier	Invitée	Présidente-directrice générale

RÉALISATIONS

Les membres du comité de gouvernance et d'éthique ont été nommés par le conseil d'administration le 26 novembre 2015. Les deux rencontres tenues au cours de l'année 2015-2016, soit le 12 janvier et le 17 mars 2016, ont permis de :

- convenir des grands chantiers à réaliser d'ici juin 2017, soit :
  - l'élaboration du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration, le processus de formation des membres du C. A. et celui d'autoévaluation du fonctionnement du conseil et de ses comités;
  - la préparation de la visite d'agrément portant sur les normes de gouvernance prévue en octobre prochain;
- analyser le code d'éthique et de déontologie et d'en proposer l'adoption au C. A.;
- analyser le règlement de régie interne du conseil et de le proposer à ses membres pour adoption, avec des demandes de dérogations à transmettre au ministre;
- analyser les déclarations d'intérêts des membres du conseil d'administration;
- réviser le plan d'organisation du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et de le recommander au C. A. pour adoption;
- analyser différentes demandes de dérogation pour les dénominations de certaines installations, ainsi que des modifications au permis de l'établissement;
- déterminer le processus de préparation des membres du C. A. à la visite d'agrément d'octobre 2016 pour les normes de gouvernance et de le proposer au C. A.;
- réviser les évaluations de fonctionnement du C. A., depuis octobre 2015 et d'émettre des recommandations à celui-ci.

— COMITÉ SUR LA MISSION UNIVERSITAIRE —

MANDAT

Ce comité exerce un mandat relatif aux six volets de la mission universitaire : l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), le transfert de connaissances, les pratiques de pointe et le rayonnement.

Il soutient et conseille la direction dans le développement de la mission universitaire de l'établissement, notamment pour sa désignation d'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), pour sa désignation de Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et celle du Centre de recherche du CHUS (CRCHUS).

Il prend connaissance de tous les projets de développement qui touchent un ou plusieurs volets de la mission universitaire ainsi que les projets d'infrastructures impliquant l'un de nos centres de recherche (CdRV et CRCHUS) ou institut (IUPLSSS), et en recommande, s'il y a lieu, l'adoption par le conseil d'administration.

Il voit également à :

- examiner les rapports d'activités annuels relatifs à la mission universitaire, aux comités d'éthique de la recherche et au laboratoire de simulation clinique et en recommande l'adoption par le conseil d'administration;

- recommander, après examen, l'adoption des nominations des chercheurs des centres de recherche et de l'IUPLSSS;
- s'assurer du respect des obligations de l'établissement en matière d'éthique de la recherche, notamment en s'assurant du bon fonctionnement des comités d'éthique de la recherche et de leurs suivis budgétaires et du suivi des plaintes relatives à la recherche;
- s'assurer de la réalisation des démarches reliées à la négociation, au suivi et à la mise à jour du ou des contrats d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke et des ententes d'affiliation avec les autres institutions d'enseignement universitaire;
- participer à l'évolution des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), notamment par l'intégration des secteurs santé et social;
- considérer le modèle unique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et à s'assurer du maintien et de la spécificité du CHUS dans le réseau des centres hospitaliers universitaires (CHU) du Québec;
- discuter de tout autre sujet soumis par les membres concernant les six volets de la mission universitaire.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Luce Samoisette	Présidente	Membre provenant de l'université à laquelle est affilié l'établissement
Dr Pierre Cossette	Membre	Membre provenant de l'université à laquelle est affilié l'établissement
Patrice Lamarre	Membre	Membre
Micheline Richer	Membre	Membre
Dr Mathieu Touchette	Membre	Membre provenant d'un collège de désignation parmi le CII, le CMDP et le CM
Dr William Fraser	Membre	Membre représentant les directions scientifiques
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du conseil d'administration
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale

RÉALISATIONS

Les rencontres des sous-comités du C. A. ayant débuté en janvier 2016, le comité de la mission universitaire a tenu une première rencontre le 25 février 2016 pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016.

Compte tenu du nombre de rencontres couvrant la période, le comité de la mission universitaire a tout de même pu traiter des dossiers suivants :

- révision de la charte (mandat) et des règles de fonctionnement du comité;
- présentation de la mission universitaire au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- priorisation des dossiers à traiter dans la prochaine année;
- identification des dossiers pouvant faire partie d'une veille stratégique par le comité.

— COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS —

MANDAT

À partir des grands enjeux de ressources humaines et de communication, ce comité :

- participe à la définition des orientations et des priorités stratégiques de ce secteur d'activités et voit à leur suivi;
- agit également comme intermédiaire auprès du conseil d'administration de manière à ce qu'il soit bien informé des enjeux et que celui-ci obtienne l'ensemble de l'information nécessaire lui permettant de prendre des décisions éclairées dans le domaine des ressources humaines et des communications;
- élabore et actualise un plan d'action annuel visant à répondre aux besoins du conseil d'administration en matière de ressources humaines et de communication.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Diane Gingras	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Rachel Hunting	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Michel Kinumbe Elungu	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Serge Therrien	Membre (président)	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du conseil d'administration
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale

RÉALISATIONS

Entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, le comité a tenu une rencontre et, au cours de l'année, a travaillé sur les dossiers suivants :

- révision de la charte du comité et nomination du président;
- présentation de l'organigramme et des responsabilités de la DRHCAJ;
- bilan du chemin parcouru et des principaux enjeux en matière de ressources humaines, communications et affaires juridiques;
- décision quant au mandat et aux dossiers qui seront traités par le comité :
  - politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence, en milieu de travail,
  - projet d'assurance salaire,
  - planification de la main-d'œuvre ainsi que les priorités associées,
  - suivi de la réorganisation clinique et administrative;
- application de la Loi 30 à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi 10.

— COMITÉ SUR LES SOINS ET SERVICES —

MANDAT

- Assurer une cohérence dans les orientations cliniques à privilégier dans le déploiement de l'offre de service du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Établir les orientations stratégiques quant à la coordination de haut niveau des trajectoires de soins et services, des réseaux locaux de service (RLS) et du continuum des services à la population;
- Veiller à la corrélation entre les besoins de la population et l'utilisation économique et efficiente des ressources allouées par programme-service;
- Convenir des orientations permettant une animation des effectifs médicaux;
- S'assurer que l'offre de service permet le développement des communautés;
- Voir au suivi des projets cliniques prioritaires et de tous les mandats confiés par le conseil d'administration.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
André Forest	Président	Membre du conseil d'administration
Diane Gingras	Membre	Membre du conseil d'administration
Frédéric Grondin	Membre	Membre du conseil d'administration
Michel Kinumbe Elungu	Membre	Membre du conseil d'administration
Patrice Lamarre	Membre	Membre du conseil d'administration
Martin Robert	Membre	Membre du conseil d'administration
Dr Mathieu Touchette	Membre	Membre du conseil d'administration
Dre Raymonde Vaillancourt	Membre	Membre du conseil d'administration
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du conseil d'administration
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale
Pierrette Grenier	Observatrice	Observatrice

RÉALISATIONS

Le comité s'est réuni à deux reprises entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016.

Ces rencontres ont permis aux membres de :

- prendre connaissance de l'organigramme clinique;
- convenir des règles de gestion du comité;
- établir un ordre du jour standardisé;
- prendre connaissance des travaux concernant l'entente entre les établissements et les organismes communautaires.

Priorités annuelles :

- contribuer à l'élaboration des grandes orientations cliniques;
- suivre l'évolution des projets organisationnels (A3) prioritaires pour les directions cliniques;
- accompagner la structure du développement des communautés;
- maintenir et rendre équitable l'offre de service à la population.

— COMITÉ DE RÉVISION —

MANDAT

Il révise le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur (révision des plaintes médicales).

De façon plus spécifique, le comité :

- prend connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager;
- s'assure que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles;
- communique par écrit un avis motivé à l'usager, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement;
- peut formuler, dans son rapport annuel, des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Pauline Lefebvre	Présidente	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Dr Guy Waddel	Membre	Membre désigné par le CMDP
Dre Josée Robitaille	Membre	Membre désignée par le CMDP
Dr Charles St-Arnaud	Substitut	Désigné par le CMDP
Personne indépendante, compétence en gestion de risques, finances et comptabilité	Substitut	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession

Le comité de révision doit être formé d'un membre indépendant du C. A. et de deux médecins recommandés par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Considérant cette recommandation le conseil d'administration a nommé, le 4 février 2016, deux médecins pour siéger à ce comité. Malheureusement, l'un d'eux s'est vu dans l'obligation de se désister et son remplaçant a été nommé le 7 avril 2016.

RÉALISATIONS

Une première rencontre du comité de révision a été tenue le 13 avril. Un plan d'action a été établi pour traiter le plus rapidement possible les dossiers en attente et s'assurer ainsi d'un examen des plaintes à venir dans les délais impartis.

Nombre de dossiers en attente : 12

— COMITÉ DES MESURES DISCIPLINAIRES —

MANDAT

Il évalue les recommandations émises par le comité de discipline du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) concernant une sanction à adresser à l'un de ses membres.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Gérald R. Cutting	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Diane Gingras	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Personne indépendante, compétence en gestion de risques, finances et comptabilité	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Pauline Lefebvre	Substitut	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession

RÉALISATIONS

- Adoption de la composition de ce comité par le conseil d'administration le 26 novembre 2015;
- Aucune rencontre du comité ne s'est tenue durant l'année 2015-2016, car aucun dossier n'a été transféré du CMDP pour imposition d'une mesure disciplinaire à un médecin, dentiste ou pharmacien.

La première rencontre du comité sera planifiée, dès la nomination, par le ministre, du poste vacant au conseil d'administration et permettra de nommer le président du comité.

— COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES AUX ANGLOPHONES —

MANDAT

- Donner un avis à l'établissement sur les programmes d'accès aux services en langue anglaise et voir à leur évaluation;
- Assurer la participation de la communauté d'expression anglaise en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise quant à ces services.

COMPOSITION DES INSTANCES PARTICIPANTES À LA TRANSITION

Membre
Association des Townshippers
Comité des usagers – RLS de Memphrémagog
Représentant du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Wales Home
Mental Health Estrie
Yamaska Literacy council
Avante Women's center
Lennoxville and District community aid
Agentes de liaison – CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Lennoxville and District women's center

RÉALISATIONS

Le mandat et les règlements de fonctionnement du comité régional sont actuellement en révision par le MSSS. Par conséquent, aucune rencontre du comité régional reconnu n'a eu lieu.

Pour pallier ce vide et pour maintenir les canaux de communication et de partenariat avec la communauté, une instance transitoire a été mise sur pied. Nous nous sommes rencontrés à deux reprises durant la période de référence.

Ces rencontres ont permis de :

- faire un état de situation sur les travaux entourant le renouvellement du comité régional d'accès;
- informer les représentants de l'avancement des dossiers :
  - présentation du sujet et de la méthodologie quant au rapport annuel de la directrice de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS portant sur l'état de santé des communautés linguistes du territoire,
  - programme d'accès en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS,
  - évolution des projets d'adaptation des services financés par le réseau communautaire de santé et de services sociaux CHSSN — (*Community health and social services network*) sur le territoire;
- discuter de l'accès à un médecin de famille sur le territoire;

- présenter le projet pilote avec Agrément Canada pour le développement d'une norme sur l'accès des services en anglais.

En moyenne, 16 personnes étaient présentes à chacune des rencontres.

— CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS —

MANDAT

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CIUSSS de l'Estrie — CHUS est responsable notamment du contrôle et de l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement. Dans l'exercice de ses fonctions, il tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources disponibles. Il se penche sur différents dossiers et fait des recommandations.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Dr Serge Lepage	Président	Représentant du CHUS
Dr Yanick Larivée	Premier vice-président	Représentant du CSSS de la Haute-Yamaska
Dr Bernard Gélinas	Second vice-président	Représentant du CSSS du Granit
Dre Marie-Pierre Dion	Secrétaire	Représentante du CSSS La Pommeraie
Dre Valérie Bédard	Trésorière	Représentante du CHUS
Dr Yves Arcand	Conseiller	Représentant du CSSS de Memphrémagog
Dre Natasha Bird	Conseillère	Représentante du CSSS de la MRC-de-Coaticook
Brigitte Bolduc (pharmacienne)	Conseillère	Représentante du CHUS
Dre Marie-Laure Collinge	Conseillère	Représentante du CHUS
Dre Karine Émond	Conseillère	Représentante du CSSS de Memphrémagog
Dr Pierre Gailloux	Conseiller	Représentant du CSSS du Haut-Saint-François
Dr Rosaire Giroux	Conseiller	Représentant du CSSS La Pommeraie
Dr Claude Hémond	Conseiller	Représentant du CRE

Membre	Statut	Condition de désignation
Dre Marie-Josée Hotte	Conseillère	Représentante du CSSS-IUGS
Dre Julie Lapierre	Conseillère	Représentante du CSSS-IUGS
Dre Isabelle Marquis	Conseillère	Représentante du CRDITED Estrie
Dr Philippe Robichaud	Conseiller	Représentant du CSSS de la Haute-Yamaska
Dre Martine Robinson	Conseillère	Représentante du CSSS des Sources
Dre Qualilou St-Onge	Conseillère	Représentante du CRDE
Dre Caroline Tanguay	Conseillère	Représentante du CSSS de la Haute-Yamaska
Dre Natacha Vincent	Conseillère	Représentante du CSSS du Val-Saint-François

RÉALISATIONS

Dix réunions ont été planifiées dont neuf ont été tenues au cours de l'année 2015-2016. La plupart se sont déroulées à Sherbrooke, mais l'exécutif s'est également déplacé à Magog, Granby, Cowansville et Lac-Mégantic et il visitera Asbestos, pour sa dernière réunion de juin.

Des invités se sont joints à l'exécutif pour animer des présentations portant sur les soins de fin de vie, la visite d'agrément et Optilab.

Deux assemblées générales ont été établies au calendrier, soit une assemblée générale régulière (10 novembre 2015) et une assemblée générale annuelle (17 mai 2016). Une assemblée générale spéciale (26 avril 2016) a été convoquée dans le but de présenter et de faire adopter les règlements du CMDP.

Dr Matthieu Touchette du Service de médecine interne, représente le CMDP au conseil d'administration.

Parmi ses comités obligatoires, le comité de pharmacologie a défini sa structure avec la création de trois sous-comités soit : mission universitaire-oncologie, soins de courte durée et soins de longue durée. Ceux-ci seront chapeautés par le comité de pharmacologie. Le comité d'évaluation de l'acte a été formé alors que celui du comité d'examen des titres est en voie de l'être. Les comités de discipline ont été gérés par leur installation respective.

Chacune des installations a maintenu son comité exécutif local et les activités de ces instances locales se poursuivront pour la prochaine année. Les comités et sous-comités relevant de chacune des instances ont également poursuivi leurs activités. Elles continueront pour la prochaine année.

Plusieurs recommandations ont été transmises au conseil d'administration, notamment celle visant à permettre et donner l'accès électronique aux données DCI-CAE à tous les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents du CIUSSS de l'Estrie — CHUS. Parmi les recommandations du CMDP, on compte également le nouveau plan d'organisation clinique; la nomination des chefs de départements; la nomination de médecins examinateurs et de membres au comité de révision; les nominations et départs concernant les membres du CMDP et le renouvellement de nomination des membres dans différentes installations.

— CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) —

MANDAT

Formuler des recommandations au conseil d'administration de l'établissement concernant :

- l'appréciation générale de la qualité de l'acte infirmier;
- les règles de soins infirmiers;
- la distribution des soins infirmiers.

Émettre des avis à la présidente-directrice générale portant sur :

- les orientations stratégiques, les priorités organisationnelles, la mise en œuvre des programmes et des services;
- l'évaluation et le maintien des compétences des infirmières et des infirmiers;
- les plans d'effectifs en soins infirmiers.

COMPOSITION

L'ensemble des infirmières et infirmiers de l'établissement sont membres du CII et sont représentés par le CECII (comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers).

Dans le contexte de la réorganisation, les anciens présidents de chaque CII ont été nommés d'office pour constituer le CECII transitoire. Selon nos règlements, le prochain CECII sera constitué d'infirmières et d'infirmiers qui représenteront chacune des directions.

Membre	Statut	Condition de désignation
Catherine Blais	Membre	CRDITED
Esther Breton	Membre	RLS de Sherbrooke (IUGS)
Robin Marie Coleman	Directrice adjointe	Directrice adjointe – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle | Direction des soins infirmiers
Aline Cote	Membre	CRDE
Stéphanie Gagné	Membre	RLS de la Pommeraie
Manon Goudreau	Vice-présidente	RLS du Granit
Anne-Marie Grégoire	Membre	CRE
Frédéric Grondin	Membre	CHUS
Julie Laflamme	Présidente	RLS du Val-Saint-François
Stephan Lavoie	Représentant de l'université	Université de Sherbrooke
Francine Lawrence	Représentante du CÉGEP	Cégep de Sherbrooke
Josée Lussier	Membre	RLS de la Haute-Yamaska
Lise Montagne	Directrice	Directrice des soins infirmiers (DSI)
Isabelle Roy	Membre - Représentante des infirmières auxiliaires	RLS de Sherbrooke (IUGS) | infirmière auxiliaire
Steeve Roy	Membre	RLS du Haut-Saint-François
Martine St-Germain	Membre	RLS de Coaticook
Andréanne Turgeon	Membre	RLS de Memphrémagog

RÉALISATIONS

- Élaboration des règlements provisoires du CII;
- Organisation de l'assemblée générale (mai 2016);
- Collecte d'information concernant les prochains enjeux : prescription infirmière et soins de fin de vie;
- Émission d'un avis sur la *Politique organisationnelle contre le harcèlement et la violence*;
- Nomination d'un représentant du CII au C. A. de l'établissement;
- Rencontre portant sur le processus d'agrément avec le directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, M. Bruno Petrucci;
- Rencontre avec la présidente-directrice générale, M^me^ Patricia Gauthier et le directeur général adjoint – Programme santé physique générale et spécialisée, D^r^ Stéphane Tremblay;
- Présentation du nouveau code de déontologie de l'OIIQ;
- Présentation de la nouvelle structure de la Direction des soins infirmiers (DSI) par la directrice de la DSI, Mme Lise Montagne.

Le CECII transitoire s'est réuni à sept reprises entre le 1^er^ avril 2015 et le 31 mars 2016.

— CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE —

MANDAT

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) exerce tous les pouvoirs et responsabilités du conseil multidisciplinaire (CM) et demeure responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions relatives :

- à l'organisation scientifique et technique de l'établissement;
- aux moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences de ses membres;
- aux questions portées à son attention par la présidente-directrice générale.

Il est aussi responsable envers le conseil d'administration de :

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres;
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres au regard des conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité;
- rédiger et de lui transmettre un rapport annuel de ses activités et les avis qui en résultent;
- assumer toute autre fonction qu'il lui confie.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Sandrine Charron	Présidente	Membre transitoire reconduit
Suzanne K. Bédard	Vice-présidente	Membre transitoire reconduit
Anik Dubaere	Secrétaire	Membre transitoire reconduit
Isabelle Champigny	Trésorière	Membre transitoire reconduit
Christian Proulx	Responsable des communications	Membre transitoire reconduit
Christian Allard	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Geneviève Desrosiers	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Julie Paradis	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Lucille Davis	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Marie-Andrée Périgny	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Marie-Ève Allard	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Marilyne Vachon	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Patricia Gauthier	Membre de l'exécutif	Présidente-directrice générale
Rémi Brassard	Représentant	Représentant de la direction
Sylvie Prémont	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit
Véronique Ruel	Membre de l'exécutif	Membre transitoire reconduit

RÉALISATIONS

Entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, le CECM a tenu ou a participé à :

- six rencontres statutaires;
- deux rencontres de travail (organisation du travail au CECM);
- neuf rencontres de comités de travail (lignes directrices, comités de pairs, règlements généraux, communication, liste des membres, budget);
- trois rencontres de travail sur des avis;

- une rencontre des CECM des CHU à l'hiver 2016;
- au colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) — deux participations à l'automne 2015;
- une rencontre de la table des présidents de conseil multidisciplinaire de l'ACMQ.

Ces activités ont permis de :

- répartir les fonctions d'officiers à cinq membres de l'exécutif et mettre en place les conditions préalables à la réalisation de leurs mandats;
- assurer la compréhension et l'appropriation des nouveaux rôles et responsabilités des membres du comité exécutif transitoire du CM du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- élaborer et adopter des lignes directrices pour le CM du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- concevoir un plan d'action 2015-2016;
- préparer un projet de règlements de régie interne du CM et d'effectuer des demandes de dérogations au MSSS pour faire autoriser les modifications apportées au modèle proposé par le ministère;
- rédiger un document de référence pour la mise en place de comités de pairs;
- réaliser un plan de communication du CM du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- transmettre des avis sur les sujets suivants :
  - la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail*;
  - les travaux du chantier éthique;
  - la *Politique relative aux soins de fin de vie*.
- soutenir les travaux de suivi de l'équipe du projet de « Centres d'activités de réminiscences de la mémoire ancienne de travail » (CARMAT) de l'installation CSSS-IUGS qui a gagné le prix Coup de cœur à l'ACMQ;
- appuyer la nomination du projet « L'activité alimentation des résidents en soins longue durée » qui a gagné le prix dans la catégorie « Comités de pairs » au Colloque de l'ACMQ 2015;
- contribuer au maintien de quelques activités de vie locale ou conférence dans certaines installations.

— COMITÉS D'ÉTHIQUES À LA RECHERCHE (CÉR) —

La transformation du réseau offre une opportunité de repenser l'organisation de l'éthique de la recherche. Une évaluation des besoins ainsi qu'un inventaire des ressources et des ententes de délégation au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont été réalisés au cours des derniers mois.

Seuls deux CÉR désignés demeurent (CSSS-IUGS et CHUS) puisqu'il y a eu dissolution du CÉR de Granby avec un arrêt de l'évaluation de nouveaux projets au cours de l'année 2014-2015 et la démission de la présidente, Mme Marjolaine Duguay en décembre 2015. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS compte également quatre délégations actives pour l'évaluation éthique par des CÉR externes pour des activités de recherche liées aux anciens établissements (CRE, CRDE, CJ et CRDITED) et totalisant près de 35 000 $ par année.

Les travaux émanant du *Chantier en éthique de la recherche* ont impliqué diverses étapes de consultation et ont conduit à la recommandation de la fusion des deux CÉR désignés existants et l'abolition, au cours de la prochaine année, de l'ensemble des délégations à l'externe. Une politique et une procédure en éthique de la recherche au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont été produites en lien avec les orientations préconisées.

CÉR | Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MANDAT

Le *Plan d'action ministériel* confie au CÉR le mandat de s'assurer de la protection des sujets de recherche. Dans cette perspective, il doit évaluer l'acceptabilité sur le plan éthique des projets de recherche et assurer un suivi continu après leur approbation.

Dans l'esprit du *Plan d'action ministériel*, l'établissement confère au CÉR un rôle de soutien auprès du chercheur dans la préparation et le suivi de son projet par des services de conseils et de la formation.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Daniel Audet	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Louise Bernier	Membre régulier	Expertise juridique
Jean-Christian Boileau	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Nicole Bouffard	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Louise Brodeur	Membre régulier	Représentant la collectivité
Jean-Daniel Carrier	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Vanessa Chenel	Membre régulier	Expertise en éthique
Aboubacar Cisse	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Sylvie Cloutier	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Yvan Cloutier	Membre régulier	Expertise en éthique
Robert Corriveau	Membre suppléant	Représentant la collectivité
Anne-Marie Côté	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Annabelle Cumyn	Membre régulier	Présidente, expertise scientifique biomédicale
Claude Cyr	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marc-Antoine Despatis	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Sylvie Desrosiers	Membre suppléant	Expertise en éthique

Membre	Statut	Condition de désignation
Pablo Echave	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Gilberte Fortin	Membre régulier	Expertise en éthique
Nathalie Grégoire	Membre régulier	Expertise juridique
Myriam Langlois	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Denise Lauzière	Membre régulier	Expertise juridique
Julie Leblond	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Julie Ménard	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marcelle Monette	Membre régulier	Expertise en éthique
Marie-George Naud	Membre régulier	Représentante de la collectivité
Marie-Sol Poirier	Membre suppléant	Expertise en éthique
Julie Quenneville	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marie-Pierre Rousseau	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Anne-Marie Savard	Membre régulier	Expertise juridique
Raymonde Vigneault	Membre régulier	Représentante de la collectivité

RÉALISATIONS

Au cours de la dernière année (2015-2016), le comité d'éthique de la recherche du CHUS a évalué 154 nouveaux projets lors de 24 réunions plénières tenues dans l'année. De plus, le CÉR a agi à titre de CÉR évaluateur pour 32 projets multicentriques. Finalement, un suivi annuel a été réalisé pour 2 284 demandes.

CÉR | RLS de la Haute-Yamaska

MANDAT

Le mandat du CÉR consiste à protéger la dignité et le bien-être des sujets de recherche. Il évalue, modifie, approuve ou refuse toute proposition et toute poursuite de projet, ou met fin, le cas échéant, à toute recherche en cours, entrant dans son champ de compétence, lorsque non conforme aux exigences. Il contrôle

périodiquement le déroulement d'un projet approuvé et organise des activités de formation pour les chercheurs. Il agit également à titre de comité consultatif pour l'établissement et les chercheurs.

Le CÉR du RLS de la Haute-Yamaska sera dissout sous peu, en raison de la mise en place d'un processus de transfert des activités au CÉR du CHUS.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Gaétane Côté	Membre régulier	Autre
Marjolaine Duguay	Présidente	Expertise en éthique
Nathalie Fournier	Membre régulier	Expertise juridique
François Meurice	Membre régulier	Autre
Pierre Morin	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Pierre Routhier	Membre régulier	Expertise en éthique
Jacques Vincent	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale

RÉALISATIONS

Suivi de projets en cours uniquement.

CÉR | Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

MANDAT

Le mandat principal du CÉR consiste à protéger la dignité, le bien-être et les droits des participants à la recherche. Il a la responsabilité d'évaluer la conformité des projets de recherche aux principes éthiques reconnus, d'en assurer le suivi et de veiller à la protection des personnes qui prêtent leur concours à la recherche. Le CÉR s'acquitte de cette responsabilité tout en offrant un soutien aux chercheurs et à leurs équipes. Il demeure soucieux de maintenir des liens et des communications harmonieuses avec les chercheurs, les membres de leurs équipes et l'ensemble des instances concernées par les projets de recherche.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Marie-Josée April	Membre suppléant	Expertise en éthique
Brigitte Bolduc	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale

Membre	Statut	Condition de désignation
Audrey Brassard	Membre suppléant	Expertise scientifique sociale
Sophie Brisson	Membre régulier	Expertise juridique
Robert Corriveau	Membre régulier	Représentant la collectivité
Jean Descoteaux	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Kim Désilets	Membre suppléant	Expertise juridique
Chantal Doré	Présidente	Expertise scientifique sociale
Sylvain Giroux	Membre régulier	Autre
Guy Lacombe	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Louise Lemay	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Roxane Meilleur	Membre régulier	Autre
Michel Nolin	Membre régulier	Représentant la collectivité
Monelle Parent	Membre régulier	Expertise en éthique
Mélanie Plourde	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Jacques Quintin	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Mélanie Ruest	Membre régulier	Autre
Arzemina Spahic Blazevic	Membre régulier	Expertise scientifique sociale

RÉALISATIONS

Au cours de la dernière année (2015-2016), le CÉR du CSSS-IUGS a évalué 54 nouveaux projets au cours de neuf réunions régulières et de huit réunions en comité restreint. Quatre recherches touchaient des personnes majeures inaptes, et aucune recherche ne concernait des personnes mineures. De plus, le CÉR a agi à titre de CÉR évaluateur pour dix projets multicentriques et comme CÉR non-évaluateur pour neuf autres projets multicentriques. Finalement, un suivi annuel a été réalisé pour 262 recherches.

— CONSEIL DES SAGES-FEMMES —

MANDAT

Le conseil des sages-femmes (CSF) est responsable envers le conseil d'administration de :

- contrôler et apprécier de manière générale, la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
- faire des recommandations concernant :
  - les règles de soins applicables à ses membres et la distribution appropriée des services qu'ils dispensent;
  - les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2;
  - les obligations rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu en vertu de l'article 259.2.

COMPOSITION

Membre	Statut
Véronique Couture	Présidente
Michèle Ouellet	Vice-présidente intérimaire
Johanne Royer	Secrétaire

RÉALISATIONS

- Participé à six rencontres de la Table d'obstétrique tenues avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS);
- Contribué au dossier Initiative amis des bébés;
- Participé aux ateliers du Programme AMPRO, dont celui sur l'accouchement physiologique organisé et animé par les membres du CSF;
- Développé des liens de collaboration avec les nouveaux territoires (Granby – Cowansville) et vu à s'assurer des mécanismes de transferts et autres services médicaux (échographie, etc.) pour la clientèle de ces territoires – plusieurs rencontres avec les départements d'obstétrique, les équipes SIPPE et les services ambulanciers ont eu lieu. Un protocole d'entente avec les services ambulanciers de Granby et Cowansville a été conclu. La rédaction des ententes de transferts est en cours.

Deux réunions ont eu lieu, entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016.

— COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ —

MANDAT

En juin 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi 10, un comité des usagers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est formé pour représenter la population du grand territoire que dessert la nouvelle organisation. Pour

assurer la représentation des usagers d'installations spécifiques, les 14 comités des usagers des anciens établissements regroupés au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS sont toutefois demeurés en fonction.

Le comité des usagers et les comités des résidents veillent à ce que les usagers et les résidents des centres d'hébergement soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Ils sont l'un des porte-parole importants des usagers et des résidents auprès des instances de l'établissement.

Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident leurs actions. Les membres des comités des usagers et des comités des résidents ont une préoccupation particulière envers les clientèles les plus vulnérables et travaillent à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées.

Les comités des usagers voient à :

- renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
- accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la présente loi ou en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1);
- s'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
- évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions de l'article 209.0.1 (LSSSS).

COMPOSITION

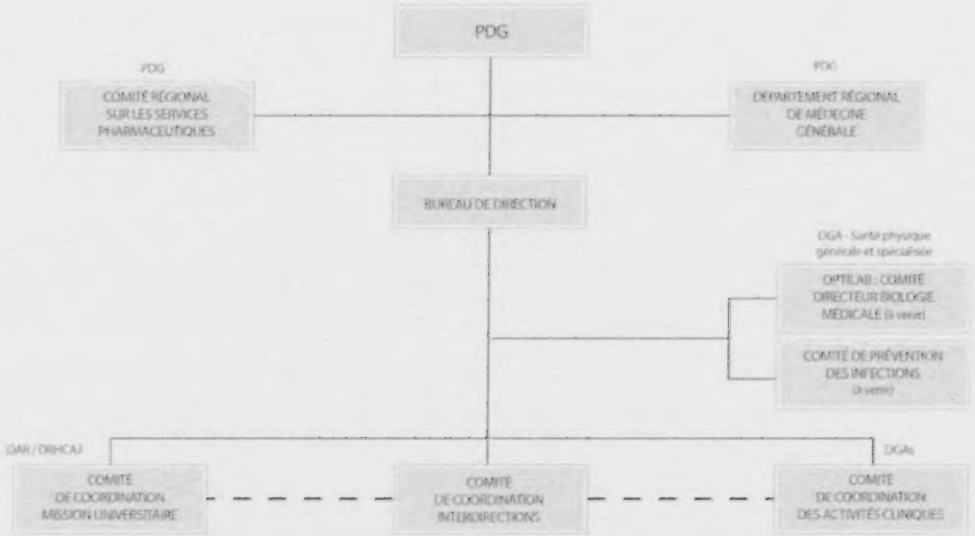
AU CIUSSS de l'Estrie – CHUS, le CUCI se compose d'un membre par comité des usagers continués (CUC) élu par les présidents de tous les CUC et de cinq membres des comités de résidents (CR) désignés par les CR. Il peut y avoir un substitut. S'il y a vacance, le président du CUCI interpelle le président du CUC pour le remplacer.

Le comité exécutif du CUCI est composé du président, du vice-président, du secrétaire, du trésorier et du représentant des comités des usagers qui siège sur le conseil d'administration de l'établissement. L'exécutif a aussi la possibilité d'inviter les représentants au regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).

3.3 STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

ORGANIGRAMME - STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec



BUREAU DE DIRECTION —

MANDAT

Animé par la PDG, le bureau de direction a pour fonction d'assurer la cohérence et l'alignement des décisions liées aux opérations et à la transformation organisationnelle. Il intègre les préoccupations stratégiques interprogrammes et interdirections. Il vise également à permettre une agilité organisationnelle, lors de prise de décisions urgentes.

De façon plus spécifique, le bureau de direction :

- assure le pilotage stratégique de la performance organisationnelle, incluant le suivi des projets majeurs de transformation;
- consent et alloue les ressources aux projets de transformation et d'amélioration des trajectoires de soins et services et s'assure d'une gestion intégrée des capacités;
- veille à la gestion intégrée des risques;
- s'assure de l'analyse de l'environnement interne et externe et recommande ou met en œuvre des décisions conséquentes;
- prépare les dossiers stratégiques à soumettre pour discussion ou autorisation au comité consultatif à la Direction générale et au C. A.;
- approuve les politiques et procédures qui ne requièrent pas l'autorisation du C. A.;
- autorise la création des instances interdirections, interétablissements et intersectorielles;
- agit comme groupe consultatif à la PDG pour les suivis du comité de gestion du réseau (CGR) du MSSS et les décisions d'urgence.

COMPOSITION

Membre	Fonction	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Décideuse	Présidente-directrice générale
Johanne Turgeon	Participante	Présidente-directrice générale adjointe
Dr Stéphane Tremblay	Participant	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée
Carol Fillion	Participant	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
Pierre-Albert Coubat	Participant	Directeur des ressources financières et de la logistique
Sylvain Bernier	Participant	Directeur à l'administration de la recherche
Gilles Michaud	Participant	Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Bruno Petrucci	Participant – Soutien à la transformation	Directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

— DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE —

MANDAT

- Faire des recommandations concernant :
  - la partie du plan régional des effectifs médicaux (PREM) relative aux médecins omnipraticiens;
  - la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de l'établissement relative à cette matière;
  - la liste des activités médicales particulières (AMP) et en assurer la mise en place;
- Valider les besoins prioritaires de recrutement sur tout le territoire;
- Définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux;
- Évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens;
- Donner son avis sur :
  - tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux,
  - certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments,
  - l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;
- S'assurer de l'atteinte des objectifs identifiés (ex. : taux d'inscription, taux d'assiduité, respect du nouveau programme de financement des GMF, diminution des P4 et P5 aux urgences);
- Réaliser toute autre fonction que lui confie la présidente-directrice générale du CIUSSS de l'Estrie – CHUS relativement aux services médicaux généraux.

COMPOSITION

Membre	Rôle
Dre Raymonde Vaillancourt	Chef du Département régional de médecine générale
Dre Stéphanie Blais-Boilard	Représentante du CSSS-IUGS catégorie CLSC
Dre Suzanne Turcotte	Représentante des RLS hors Sherbrooke
Dr Michel Camirand	Membre désigné par la PDG
Dr Gérard Chaput	Représentant du CSSS du Granit
Dre Mélissa Généreux	Directrice de santé publique de l'Estrie
Dre Marie Giroux	Faculté de médecine et des sciences de la santé
Dre Josée Beaulieu	Représentante du CSSS de la MRC-de-Coaticook
Dr Patrice Laplante	Représentant du CHUS
Dr Yves Mathieu Léger	Représentant du CSSS des Sources
Dre Joanie Rinfret	Représentante du CSSS-IUGS
Dre Natacha Vincent	Représentante du CSSS du Val-Saint-François

Membre	Rôle
Dr Mario Wilhelmy	Représentant du CSSS de Memphrémagog
Dre Denise Beaudoin	Représentante du CSSS de la Haute-Yamaska
Dr Christian Léger	Représentant du CSSS La Pommeraie

RÉALISATIONS

Au cours de l'année, le DRMG a tenu cinq assemblées ordinaires durant lesquelles il a traité des dossiers suivants :

- Intégration de deux nouveaux territoires en Estrie, soit Haute-Yamaska et Brome-Missisquoi par l'application de la Loi 10 avec un ajout de 162 médecins (9 GMF et 1 GMF-U);
- Ajout de 23 postes de nouveaux facturants dont six postes en mobilité interrégionale et deux postes provenant du plan d'effectifs médicaux universitaires (PEMU) au PREM 2016;
- Gestion des nouvelles règles concernant les activités médicales particulières (AMP) avec la mise à jour en activités de médecine de famille (AMF) ayant pour but de gérer la décroissance de l'implication des omnipraticiens en deuxième ligne;
- Analyse des dossiers de renouvellement ou d'accréditation du nouveau programme de financement et soutien professionnel dans les 25 GMF dont trois GMF-U et un GMF-R (deuxième possible);
- Organisation des services médicaux de première ligne et création de deux nouvelles instances : le Comité consultatif et les Tables locales du DRMG, avec représentativité optimale de ces tables de coordination et de concertation. Mise à jour du mandat du Comité de direction du DRMG et suivis d'indicateurs;
- Participation à la réorganisation du système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO) en guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF) pour la clientèle sans médecin de famille, avec la collaboration de la table des coordonnateurs médicaux;
- Mise en place de la nouvelle gouvernance de première ligne, en lien avec les projets de loi 10 et 20 avec vision d'équipes multidisciplinaires et services de proximité dans les neuf réseaux locaux de services.

— COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES —

MANDAT

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Exprimer des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie la présidente-directrice générale.

COMPOSITION

Membre	Fonction
Éric Gamache, président	Pharmacien communautaire
Jacynthe Lamoureux	Pharmacienne communautaire
Julie Coderre	Pharmacienne propriétaire
Sylvie Lussier	Pharmacienne propriétaire
Jean-Luc Trottier	Pharmacien propriétaire
Josianne Bibeau	Pharmacienne d'établissement
Patrice Lamarre	Chef de département
Dre Édith Grégoire	Directrice adjointe – Soutien qualité, Direction des services professionnels
Dre Raymonde Vaillancourt	Chef du Département régional de médecine générale

RÉALISATIONS

- Élaboration et diffusion de nouvelles ordonnances collectives auprès des pharmaciennes et pharmaciens communautaires de l'Estrie;
- Soutien et implication dans la gestion des ruptures d'approvisionnement de certains produits pharmaceutiques, s'il y a lieu;
- Suivi du projet clinique concernant la clientèle sous anticoagulothérapie;
- Diffusion d'informations diverses auprès des pharmaciens et pharmaciennes du territoire, notamment par des lettres signées par la présidence;
- Promotion des nouvelles activités permises par la Loi 41.

Nombre de rencontres tenues : 4.

— COMITÉ DIRECTEUR BIOLOGIE MÉDICALE — OPTILAB —

MANDAT

Le directeur des services multidisciplinaires, mandataire du projet Optilab CIUSSS de l'Estrie – CHUS, avec le soutien du comité directeur, s'assure de la réalisation du projet Optilab, gère le contexte, les risques et les enjeux en plus de collaborer à la gestion de résolution de problèmes.

De façon plus spécifique, le comité :

- approuve l'orientation globale du projet et la recommande au mandat (PDG);
- s'assure de la mise en place d'une structure d'organisation de projet qui soutient les objectifs, désigne ses participants et définit leur rôle et leurs responsabilités;
- approuve la structure d'organisation du projet, le plan de déploiement et les biens livrables;
- rend disponibles les ressources humaines, financières et techniques nécessaires à la réalisation du projet;
- exerce un contrôle stratégique sur le projet, la gestion du changement, les aspects financiers et le calendrier global;
- s'assure du respect des mécanismes de contrôle du projet (risque et envergure);
- recommande au mandant les changements significatifs à apporter à l'orientation, au budget, au calendrier et au contenu du projet, le cas échéant;
- voit à la gestion du changement.

COMPOSITION

Membre	Statut	Contributions attendues
Rémi Brassard	Directeur des services multidisciplinaires	Assurer le lien avec les orientations provinciales et régionales
Dr Bruno Maranda	Médecin spécialiste en génétique médicale Codirecteur médical de projet et coprésident du comité directeur	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la génétique médicale
Karine Duchaineau	Directrice adjointe des services multidisciplinaires – suivi aux opérations	
Guylaine Dubois	Coordonnatrice biologie médicale	
Carole Larose	Gestionnaire du projet	Planifier et coordonner le projet pour développer le modèle OPTILAB
Karina Gauthier	Agente de planification de programmation et de recherche	Soutenir et conseiller les membres dans les diverses activités entourant le projet

Membre	Statut	Contributions attendues
Michel Bouthillier	Biochimiste clinique	Assurer son apport à titre d'expert en biochimie et identifier les besoins pour le secteur de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska
Patrick Bourgoin	Conseiller en amélioration continue	Conseiller les équipes dans la démarche *Lean* de gestion de projet
Dr Jean Dubé	Médecin spécialiste en biochimie	Assurer son apport à titre d'expert médical et des besoins pour le secteur de la biochimie
Julie Tremblay	Représentante des ressources financières	Élaborer et soutenir le modèle financier
Annie Mercier	Représentante des ressources humaines, communications et affaires juridiques	Analyser les mouvements et les besoins des ressources humaines Élaborer le plan d'effectifs des laboratoires, organisation du travail Fournir l'expertise en SST, ergonomie et gestion du changement Élaborer le plan de communication
Micheline Savoie	Directrice des ressources informationnelles et technologiques	Soutenir l'identification des besoins de TI
Dr Pierre Chevrier	Cogestionnaire médical de projet Médecin spécialiste en biochimie médicale	Assurer son apport à titre d'expert en biochimie médicale
Dre Sophie Michaud	Chef de département biomédical, RLS de la Pommeraie	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la biologie médicale
Dr Patrice Beauregard	Médecin spécialiste hématologie	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de l'hématologie
Dr Alain Piché	Médecin spécialiste en microbiologie	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la microbiologie
Dr Edmond Rizcallah	Médecin spécialiste en pathologie	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la pathologie
Dre Colette Bellavance	Directrice des services professionnels	

Membre	Statut	Contributions attendues
Dre Raymonde Vaillancourt	Représentante de la DRMG	Identifier les besoins des prescripteurs

— COMITÉ STRATÉGIQUE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS —

MANDAT

- Recevoir les recommandations émises par le comité tactique PCI, les entériner et les reconduire;
- Discuter des enjeux stratégiques en PCI;
- Analyser la performance : suivi des indicateurs et du tableau de bord, lien avec les comités de vigilance et C. A.;
- Soumettre des recommandations à la Direction générale.

COMPOSITION

Membre	Statut	Rôle
Robin-Marie Coleman	Directrice adjointe des soins infirmiers, VQEPP	Animatrice et responsable du comité
Dr Stéphane Tremblay	Directeur général adjoint aux programmes de santé physique générale et spécialisée	Représente la Direction générale et assure le lien avec cette dernière
Brigitte Langlois	Coordonnatrice qualité et sécurité des soins, DASI-VQEPP	Assure le lien avec le comité tactique et la communauté de pratique
Josée Vachon	Chef de service prévention et contrôle des infections	Assure le lien avec le comité opérationnel et la communauté de pratique

Membre	Statut	Rôle
À venir par le DSP	Chef de service de la microbiologie	
À venir par le DSP, Dr Louis Valiquette, intérimaire	Chef de service de l'infectiologie (incluant PCI)	
Linda Pinsonneault	Représentante DSPublique	
Nathalie Léonard	Représentante DQÉPÉ	
Édith Grégoire	Représentante DSP	
Jean Délisle	Représentant DSM	
Maryse Trudeau	Représentante DPSAPA	Assurent le suivi du plan d'action (interviennent au besoin) Sont responsables de la communication du plan d'action et des orientations du comité stratégique au sein de leur direction
Marie-Ève Langlais	Représentante DPDI-TSA-DP	
Andrée Duquette	Représentante DPSMD	
Johanne Fleurant	Représentante DPJe	
Chantal Gariépy	Représentante DSG	
André Lortie	Représentant DST, volet infrastructures	
Josée Paquette	Représentante DRHCAJ	
Normand Bilodeau	Représentant DRIT	
Membres ad hoc	Au besoin	

RÉALISATIONS

- Mise à niveau des membres du nouveau comité stratégique concernant la PCI :
  - En lien avec le mandat et les livrables du comité et des rôles de chaque membre du comité;
  - Hiérarchie d'interventions en prévention et contrôle des infections;

- Suivi des travaux des comités opérationnels et tactiques :
  - Harmonisation des produits et des procédures en hygiène et salubrité;
  - Travaux en lien avec l'élaboration d'un programme pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée (MRSI) et la maladie à virus Ebola (MVE), CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Réception, adoption et reconduite des recommandations émises par le comité tactique PCI :
  - Consultation et adoption de la structure de gouverne de la prévention et du contrôle des infections du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
  - Consultation et adoption de la trajectoire de communication interne en cas d'éclosion;
- Suivi des plans d'action :
  - Suivi du plan d'action du MSSS 2015-2020;
  - Suivi du plan d'action Agrément Canada 2016 (identification et partage des enjeux);
- Consultation concernant les enjeux stratégiques en PCI :
  - Ressources humaines | Équipe de prévention et contrôle des infections;
  - Arrimage et clarification au niveau de l'offre des services de proximité « services de santé » (DRHCAJ) et l'équipe de PCI (DSI);
  - Arrimage et clarification au niveau de l'offre de service de la Direction de santé publique et l'équipe de PCI (DSI);
  - Identification d'un porteur et des collaborateurs pour le « Plan de gestion des éclosions d'influenza et de gastroentérite »;
- Analyse de la performance : suivi des indicateurs et du tableau de bord, lien avec les comités de vigilance et le C. A. :
  - Suivi de l'évolution des travaux pour la création d'un tableau de bord PCI – CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
  - Suivi des éclosions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Transmission des recommandations à la Direction générale :
  - Structure de gouverne de la prévention et du contrôle des infections du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : comité opérationnel, comité tactique et comité stratégique.

Nombre de rencontres entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016 : 2 rencontres (26 janvier et 29 mars 2016).

— COMITÉ DE COORDINATION INTERDIRECTIONS —

MANDAT

- Influencer la Direction générale, plus spécifiquement, sur l'environnement interne et le développement des communautés;
- Identifier les enjeux de la mise en œuvre des projets prioritaires organisationnels et de transformation et recommander des solutions;
- Recommander les projets organisationnels à prioriser;
- Influencer la direction sur le déroulement des activités du cycle de gestion et préciser les actions en regard des impacts anticipés;
- Prendre les décisions concernant l'identité et la mobilisation des ressources;
- Contribuer à l'évaluation des risques et à sa mitigation;

- Approuver les politiques ne requérant pas l'autorisation du conseil d'administration;
- Recommander la mise en place d'instances interdirections et intersectorielles;
- Identifier les messages communs à porter à travers l'organisation;
- Analyser et commenter les performances de l'établissement.

COMPOSITION

Membre	Fonction	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Animatrice	Présidente-directrice générale
Johanne Turgeon	Membre	Présidente-directrice générale adjointe
Dr Stéphane Tremblay	Membre	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée
Carol Fillion	Membre	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
Tous les directeurs cliniques et administratifs	Membres	Directeurs cliniques et administratifs
Denis Beaulieu	Membre	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

— COMITÉ DE COORDINATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE —

MANDAT

L'intégration de la mission universitaire dans les trajectoires de soins et services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS nécessite la coordination de plusieurs parties prenantes. Ce comité vise à assurer la coordination des parties prenantes dans leurs efforts pour intégrer les dimensions universitaires, de la prévention à la quatrième ligne, autant en santé qu'en services sociaux.

De façon plus spécifique, le comité veille à :

- assurer une coordination au niveau stratégique entre les diverses parties prenantes de la mission universitaire ainsi qu'entre ses composantes;
- traiter, lorsque requis, d'enjeux d'arrimage interinstitutionnel en lien avec la mission universitaire;
- soutenir la mise en œuvre d'un plan d'action pluriannuel qui vise à assurer l'intégration de la mission universitaire tout au long des trajectoires de soins et services;
- initier des projets structurants en soutien à la mission universitaire.

COMPOSITION

Membre	Fonction	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Présidente-directrice générale	Participante
Johanne Turgeon	Présidente-directrice générale adjointe	Représentant – Volet administratif
Carol Fillion	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation	Représentant – Volet social
Dr Stéphane Tremblay	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée	Représentant – Volet santé
Dr Pierre Cossette	Doyen de la FMSS de l'UdeS	Représentant UdeS - FMSS
Christine Hudon	Doyenne de la FLSH de l'UdeS	Représentante UdeS - FLSH
Sylvain Bernier	Directeur administratif de la recherche	Co-responsable - volet recherche
Gilles Michaud	Directeur des ressources humaines et de l'enseignement	Co-responsable - volet enseignement
Nicole Dubuc	Directeurs scientifiques des centres et instituts de recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Représentants des centres de recherche
Dr William Fraser		
Paul Morin		

— COMITÉ DE COORDINATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES —

COMPOSITION

Membre	Fonction	Condition de désignation
Carol Fillion	Coanimateur	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
Dr Stéphane Tremblay	Coanimateur	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée
Mélissa Généreux	Participante	Directrice de santé publique
Alain Trudel	Participant	Directeur de la protection de la jeunesse
Lynda Périgny	Participante	Directrice du programme jeunesse
Mario Morand	Participant	Directeur des programmes DI-TSA-DP
Sylvie Moreault	Participante	Directrice du programme SAPA
Murray McDonald	Participant	Directeur des programmes santé mentale et

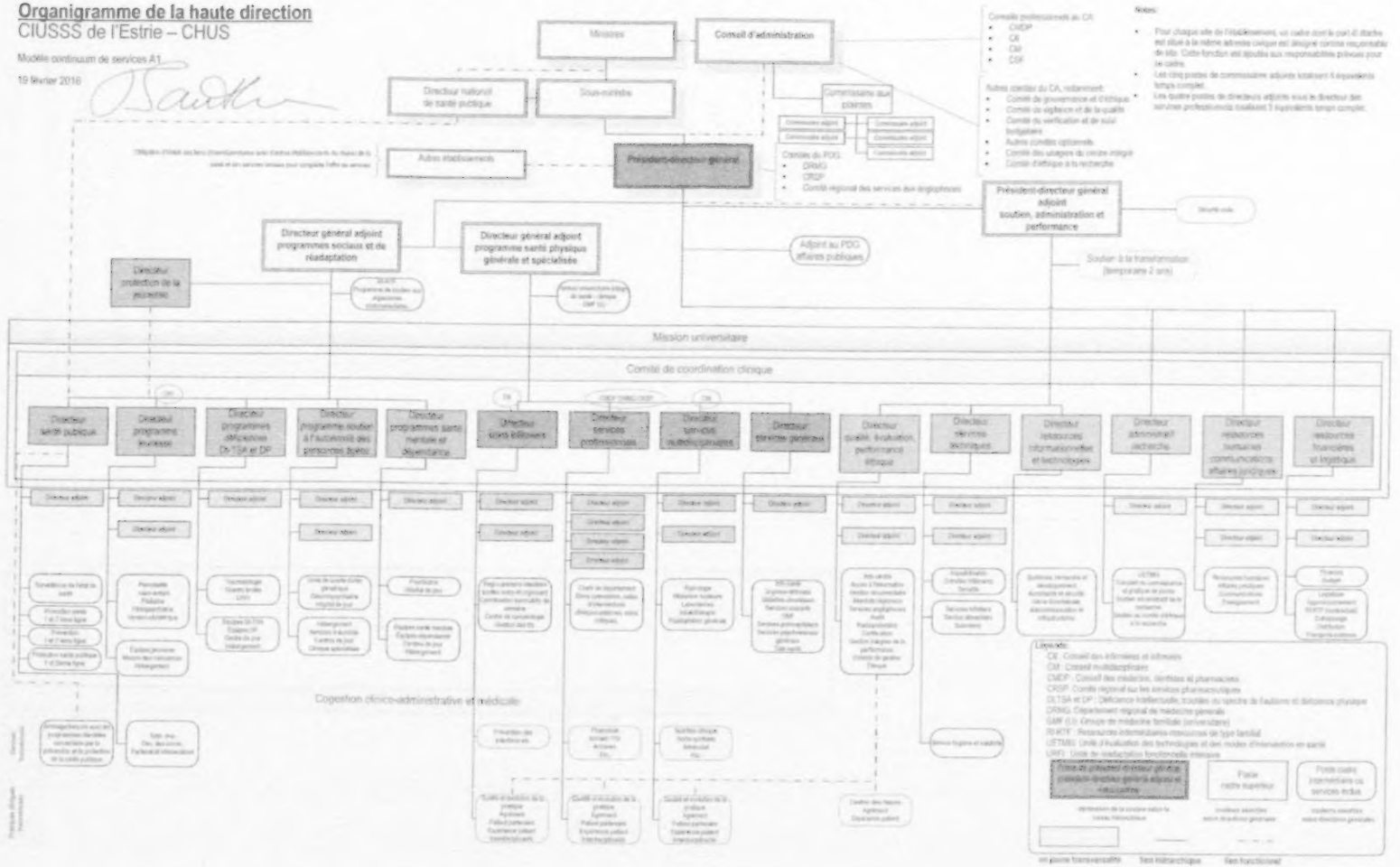
Membre	Fonction	Condition de désignation
		dépendance
Lise Montagne	Participante	Directrice des soins infirmiers
Colette Bellavance	Participante	Directrice des services professionnels
Rémi Brassard	Participant	Directeur des services multidisciplinaires
Lyne Cardinal	Participante	Directrice des services généraux

3.4 ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION ET SES FONCTIONS

Organigramme de la haute direction
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Modèle continuum de services A1

19 février 2016



4. Plan d'action organisationnel

LA QUALITÉ ET LA PERFORMANCE, NOTRE SIGNATURE

QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

Depuis sa création et à l'instar de l'ensemble du réseau, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS aspire à rendre des soins de santé et des services sociaux de qualité accessibles et efficients qui s'adaptent aux besoins de sa communauté. Pour ce faire, l'établissement demeure engagé à s'inspirer des meilleures pratiques reconnues, à s'appuyer sur les acquis et les forces de chacun et à placer la personne, l'usager, le patient au cœur même de ses décisions.

Par le biais de son plan d'action, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS veille ainsi à demeurer centré sur son objectif. Ce véritable guide des actions de l'ensemble de l'équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est structuré selon un modèle de performance à six axes. Il reprend les objectifs du *Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. De plus, il intègre les priorités organisationnelles mises de l'avant à la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

PERFORMANCE

Le modèle de performance (Figure 3) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS repose sur notre énoncé stratégique « **En Estrie, ensemble, innovons pour la vie** » et vise à soutenir les multiples axes d'actions pour gérer la performance et à appuyer un processus décisionnel cohérent.

Au centre du modèle, notre finalité **✱AGIR pour et avec l'usager, ses proches et la population**. Le second axe, ✱BÂTIR pour et avec le personnel, les médecins, gestionnaires, partenaires, bénévoles et communauté met en valeur notre principale richesse organisationnelle en s'appuyant aussi sur les acquis des installations qui composent notre établissement.

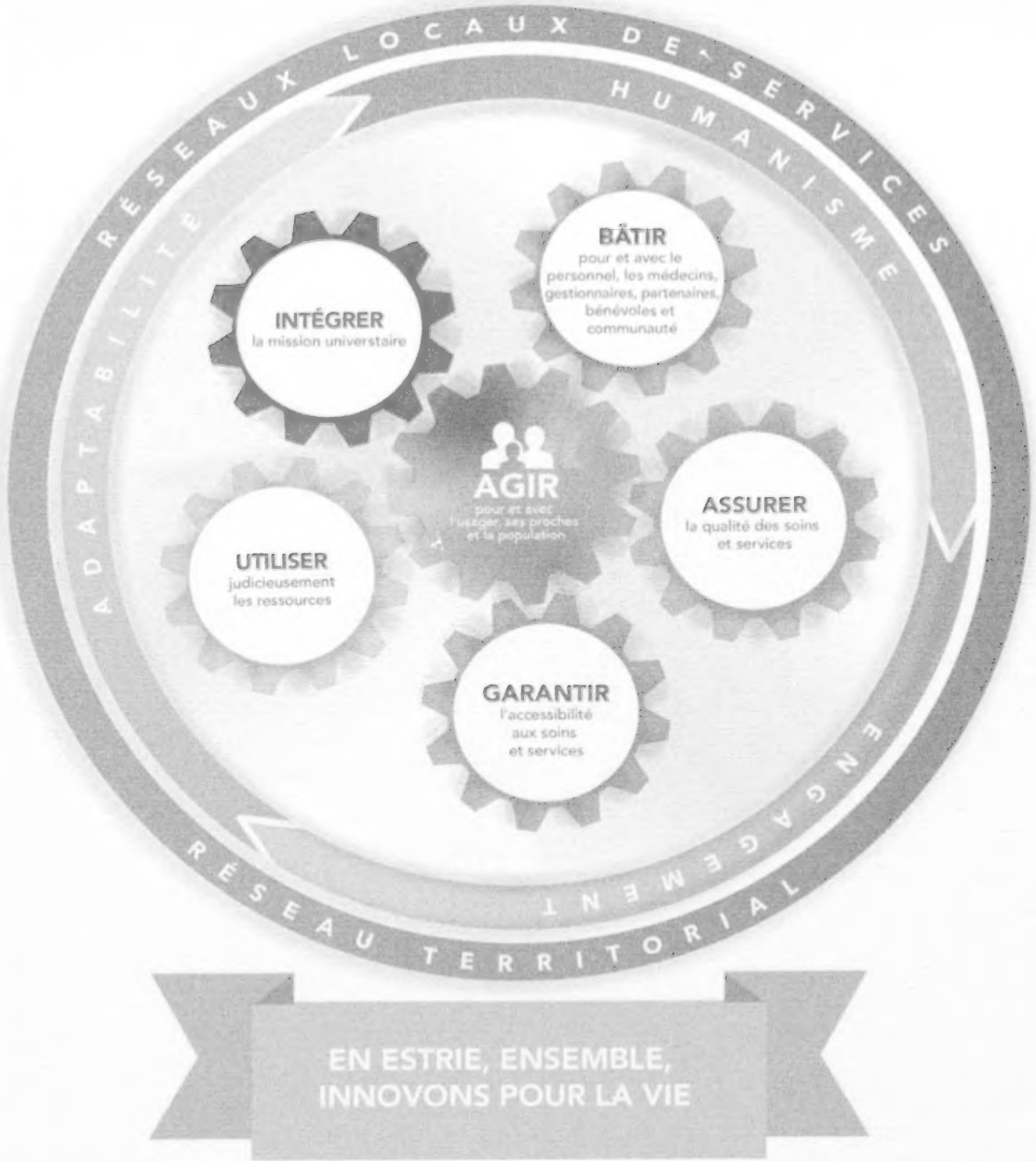
✱ASSURER la qualité des soins et services, ✱ GARANTIR l'accessibilité tout en veillant à✱ UTILISER judicieusement nos ressources constituent les trois autres axes et où la culture de la mesure est présente à travers l'ensemble de l'organisation. Enfin, l'axe ✱INTÉGRER la mission universitaire en fait un atout distinctif.

Le visuel des engrenages met en évidence l'interdépendance des axes alors que les verbes d'action soutiennent la notion de « contribution de tous » dans l'amélioration de la performance.

Les valeurs d'humanisme, d'engagement et d'adaptabilité guident les attitudes et les comportements attendus et balisent notre savoir-faire. Finalement, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'inscrit globalement dans un **réseau territorial** et des **réseaux locaux** qui **contribuent aussi à notre performance.**

FIGURE 3

MODÈLE DE PERFORMANCE



UN PLAN ORGANISATIONNEL EN ACTION

4.1 GARANTIR L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES — AXE 1

4.1.1 Améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne

PROJET ORGANISATIONNEL

Amélioration de l'accès aux soins et services professionnels de première ligne de façon tangible et continue

Ce projet d'envergure pour l'accessibilité aux soins et services professionnels de première ligne vise l'équité territoriale pour l'accès de proximité à un médecin de famille et à une équipe interdisciplinaire de professionnels spécialisés, notamment en prévention et gestion des maladies chroniques, et ce, par :

- l'intégration de l'accès adapté dans un plus grand nombre de GMF (Groupe de médecine de famille);
- la systématisation de la prise en charge médicale pour les personnes inscrites au guichet d'accès à un médecin de famille et le respect des délais de prise en charge prescrits;
- l'intégration de pratiques professionnelles diversifiées et complémentaires en GMF;
- le développement d'une offre de service de bilans de santé préventifs;
- l'uniformisation de l'offre de service de première ligne sur le territoire, entre autres, par le déploiement d'une trajectoire clinique de maladies chroniques;
- la facilitation de l'accès pour la clientèle en réduisant le nombre de portes d'entrées aux soins et services;
- l'accessibilité à un médecin de famille afin d'utiliser les urgences pour leur vocation de traitement des urgences;
- la hiérarchisation des soins et services afin de potentialiser la capacité d'accès en médecine spécialisée et d'utiliser judicieusement les ressources.

OBJECTIFS

La finalité du projet consiste à rendre plus uniforme l'offre de service de première ligne pour l'ensemble du territoire et augmenter la prise en charge de la clientèle par les médecins ou les professionnels.

Elle s'arrime aux objectifs suivants :

- Contribuer à la mise en œuvre du programme de financement et de soutien des professionnels des GMF (professionnels autres qu'infirmières);
- Arrimer le plan d'amélioration de la Direction des soins généraux (DSG) avec celui de la Direction des services professionnels (DSP) en lien avec les services spécialisés (retour vers la première ligne);
- Assurer un accès équitable et de proximité pour l'ensemble du territoire pour :
  - la clinique d'accès pour bilans préventifs « pour la clientèle orpheline » (Cible : 4+1 RLS sur 9) d'ici deux ans,
  - le *Programme Agir sur sa santé* - maladies chroniques (Cible : 9 RLS sur 9),
- Diminuer à 10 % le ratio de visites aux urgences santé physique pour les profils P4 et P5 (dans le but de contribuer à diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) aux urgences);
- Augmenter de 25 % le nombre d'équipes de médecins et de professionnels de première ligne fonctionnant en accès adapté.

RÉALISATIONS

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
Inventaire des activités de suivi des médecins spécialistes transférables	1er avril 2016	Non débuté
Analyse d'impact (sur l'offre de service et budgétaire) du transfert des travailleurs sociaux en GMF en lien avec les activités courantes	1er février 2016	En cours
État de situation (bilan) du taux de pénétration des activités du Programme Agir sur sa santé	1er mars 2017	En cours
Diagnostic/Analyse des causes en lien avec le ratio de visites P4 et P5 aux urgences santé physique	1er juin 2016	En cours
Inventaire des cibles d'accessibilité des ententes de gestion et liste des chantiers priorisés	1er mai 2016	Fait
Plan de formation des équipes « Accès adapté »	1er septembre 2016	Fait
Mesures d'optimisation des processus identifiées en lien avec prise en charge par les professionnels	1er septembre 2016	Non débuté

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.1.1 Nombre total de GMF	nd	23	24
4.1.1.2 Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	nd	77,0 %	79,1 %

COMMENTAIRES

4.1.1.1 : Engagement 2015-2016 atteint. À la suite du programme de soutien au financement des GMF création de deux nouveaux GMF.

4.1.1.2 : Engagement 2015-2016 atteint. Mobilisation des médecins de famille à augmenter la prise en charge de patients.

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.1.3 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95,6 %	90,0 %	89,2 %
4.1.1.4 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	nd	90,0 %	73,9 %
4.1.1.5 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,0 %	90,0 %	90,9 %
4.1.1.6 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	nd	90,0 %	93,8 %

COMMENTAIRES

4.1.1.3 : Des travaux d'analyse sont en cours pour comprendre la légère baisse.

4.1.1.4 : Le non-respect de la cible est principalement attribuable aux difficultés notées dans le service en déficience visuelle. Ce dernier accueille un volume de clientèle important qui influence de façon significative les résultats du Centre de réadaptation en déficience physique (augmentation du nombre de demandes pour les personnes âgées de 65 ans et plus de 22 % depuis 2013-2014 ainsi qu'une augmentation du requis de service pour la clientèle pédiatrique de l'ordre de 25 % entre 2011-12 et 2015-16.). Un plan d'action sera mis en place.

4.1.2 Réduire le temps d'attente à l'urgence

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.2.1 Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	14,55	< 11,0	13,6

Indicateur		Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.2.2	Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures.	52,4 %	52,4 %	51,0 %
4.1.2.3	Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures.	53,8 %	53,8 %	52,5 %

COMMENTAIRES

4.1.2.1 : Résultat Estrie : La durée moyenne de séjour (DMS) sur civière de 13,6 heures se situe nettement en deçà de la moyenne provinciale qui est de 16,7 heures.

La DMS a connu une augmentation dans trois urgences sur six. Par contre, pour deux d'entre elles, celle-ci se situe en deçà de la moyenne estrienne. L'urgence du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog est passée de 11,7 heures en 2014-2015 à 13 heures pour l'année qui se termine. Cette hausse est occasionnée par un taux d'occupation de patients NSA (non-soins actifs) dans les lits de courte durée, atteignant 40 %, à certains moments. Cette situation entraîne une diminution marquée de l'accès aux lits d'hospitalisation pour les patients sur civière à l'urgence.

L'urgence du Centre de santé et de services sociaux du Granit est passée de 9,2 heures à 9,9 heures, respectant ainsi la cible visée de 11 heures. En ce qui concerne l'Hôpital de Granby, l'augmentation de la DMS est appréciable. Elle est passée de 18,6 heures en 2014-2015 à 21,7 heures en 2015-2016. Le taux d'occupation des NSA avoisinant 20 % en moyenne dans les lits de courte durée, explique en grande partie cette augmentation. Une analyse de la situation au sein de cette installation est actuellement en cours et un projet LEAN interdirections s'actualise également.

Le plan d'action 2014-2016 en lien avec les diminutions de durée de séjour est réalisé par les chefs des urgences, à travers l'ensemble des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (suivi rigoureux dans la gestion des lits, conférence téléphonique, au besoin et contribution de la première ligne afin de désengorger les urgences). À cela s'ajoute le maintien de la réorientation des patients de l'Hôpital Fleurimont et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke vers une « clinique réseau-CMU ».

4.1.2.2 et 4.1.2.3. : Cibles atteintes. Maintien des bonnes pratiques existantes.

4.1.3 Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.3.1 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	s. o.	90,0 %	s. o.
4.1.3.2 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	39,4 %	90,0 %	61,4 %
4.1.3.3 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	71,4 %	90,0 %	76,8 %
4.1.3.4 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100,0 %	90,0 %	100 %
4.1.3.5 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	50,6 %	90,0 %	33,8 %
4.1.3.6 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	70,0 %	90,0 %	72,0 %
4.1.3.7 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	77,3 %	90,0 %	64,3 %
4.1.3.8 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	81,7 %	90,0 %	78,0 %
4.1.3.9 Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	35,7 %	90,0 %	47,8 %

COMMENTAIRES

4.1.3.2 : On constate une amélioration de 22 % dans ce secteur. Quatre installations sur six n'atteignent pas la cible. Une des deux salles de fluoroscopie de l'installation de la Haute-Yamaska a été remplacée. Cet équipement a été indisponible de mai 2014 à mai 2015. Les infiltrations thérapeutiques n'apparaissent plus dans cet indicateur puisque ce sont des examens à portée thérapeutique. Néanmoins, une révision de la condition des patients en attente est en cours, en collaboration avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC). Les professionnels du CEGDC évaluent les patients et recommandent l'intervention la plus appropriée. Afin d'assurer l'atteinte de la cible, une évaluation des indications des examens de repas barytés vs d'autres examens disponibles débute en collaboration avec l'UETMIS (Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé). À la suite des conclusions de l'étude, une épuration de la liste d'attente en regard des indications retenues sera effectuée. Une révision et une augmentation des assignations médicales avec la venue de quatre recrutements médicaux en juillet sont à prévoir. L'utilisation de tous les plateaux techniques des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est à explorer.

4.1.3.3 : Une amélioration de 5 % dans ce secteur et deux installations sur quatre n'atteignent pas la cible. Ces examens sont souvent associés à un examen échographique des seins et la présence d'un radiologiste est nécessaire. Actuellement, dû à certains départs, peu de radiologistes sur le territoire exercent dans ce secteur d'expertise. L'arrivée de quatre radiologistes en juillet 2016 et le renouvellement des mammographes par des appareils DR permettront d'améliorer les résultats.

4.1.3.4 : Atteinte de la cible. Les ressources en échographie sont modulées en fonction de la demande pour l'échographie obstétricale; la date de l'examen devant être respectée. En période de manque de disponibilité de plage horaire, certaines demandes de clarté nucale ont été remplacées par un examen de datation, et ce dans le respect des normes du programme de dépistage de la trisomie 21.

4.1.3.5 : La diminution s'explique par :

- peu de disponibilité pour certaines installations (1/2 à 3 jours par semaine)
- nombre important de patients en attente (± 2 000)
- absence de deux spécialistes

En 2016-2017, l'acquisition de nouveaux équipements et l'optimisation quotidienne des plages de rendez-vous faciliteront l'amélioration des résultats.

4.1.3.6 : Quatre installations sur six n'atteignent pas la cible. Certains évènements expliquent ce résultat : la diminution importante de la disponibilité des radiologistes dans certaines installations et l'augmentation notable des demandes (± 800).

Pour ces examens, la présence d'un radiologiste est parfois nécessaire.

L'arrivée de quatre radiologistes en juillet 2016 et le soutien de la pratique autonome par les technologues permettront d'améliorer les résultats.

4.1.3.7 : Les efforts ont été concentrés à la réalisation des examens de diagnostic de première intention (écho abdominale et pelvienne). Les échographies pour intervention et problèmes musculo-squelettiques n'ont pas été priorisées et ont fait diminuer le pourcentage d'examens en attente de moins de trois mois. Une révision et une augmentation des assignations médicales avec la venue de quatre de radiologistes en juillet 2016 permettront d'améliorer les résultats.

4.1.3.8 : Deux installations sur cinq n'atteignent pas la cible. Également, un appareil est désuet et affecte la production. L'autorisation d'acquisition d'un nouveau est obtenue et son installation est prévue en 2016-2017. Plusieurs avenues sont explorées pour améliorer l'atteinte de la cible, par exemple l'optimisation de tous les plateaux techniques des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

4.1.3.9 : L'amélioration notable de 12 % au cours de la dernière année s'explique par l'ouverture graduelle de l'IRM de soir à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sherbrooke et de l'IRM 3T à l'Hôpital Fleurimont. Cet appareil est partagé

avec la recherche. L'ouverture complète de soir à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et éventuellement celle de soir à l'Hôpital de Granby permettront l'atteinte de la cible.

Indicateur (chirurgie)		Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.3.10	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an – ensemble des chirurgies	313	0	365
4.1.3.11	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0
4.1.3.12	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou	1	0	1
4.1.3.13	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	0
4.1.3.14	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	218	0	245
4.1.3.15	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	94	0	119
4.1.3.16	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie bariatrique	0	0	0

COMMENTAIRES

4.1.3.10 : Toutes spécialités confondues totalisent 400 demandes de plus pour 2015-2016.

4.1.3.14 : Redistribution en chirurgie d'un jour de 133 patients en attente, en raison du congé d'un chirurgien.

4.1.3.15 : Avec hospitalisation, 31 patients appartiennent à un neurochirurgien (neurostimulateurs).

Indicateur		Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.3.17	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	91 %	100 %	89,95 %
4.1.3.18	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	87 %	90 %	89,47 %
4.1.3.19	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	87 %	100 %	94,70 %
4.1.3.20	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	49 %	90 %	47,29 %
4.1.3.21	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	99 %	100 %	100 %
4.1.3.22	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	29 %	75 %	35,36 %

COMMENTAIRES

4.1.3.17 et 4.1.3.18 : Pour la catégorie A, les demandes de priorités 1, 2, 3.1 et 3.2 ont été réalisées dans les délais. Les demandes hors délai sont celles de priorité 4.

On note une amélioration de la prise en charge de la clientèle de catégorie B. La disponibilité des ressources humaines, financières et techniques a permis d'obtenir ces résultats.

4.1.3.19 et 4.1.3.20 : Des mesures mises en place, comme la prise en charge de la liste d'attente par une infirmière, ont permis d'améliorer les délais de réalisation des interventions de catégorie A. En effet, même s'il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de chirurgies réalisées, le pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A s'est amélioré par rapport à l'année 2014-2015.

Pour ce qui est des demandes en chirurgie cardiaque - Catégorie B, une bonne gestion de la liste d'attente a permis d'améliorer le pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis par rapport à l'année 2014-2015. Par contre, en raison du nombre élevé d'urgences cliniques et des ressources en place, il est impossible de respecter les délais établis.

4.1.3.21 et 4.1.3.22 : Pour l'électrophysiologie, nous réussissons à prioriser la clientèle de la catégorie A avec les ressources actuelles. Notre capacité limitée à réaliser les demandes à l'intérieur des délais a un impact défavorable sur la clientèle de la catégorie B, malgré une amélioration de cette catégorie par rapport aux résultats obtenus en 2014-2015.

Indicateur		Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.3.23	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	84,8 %	100 %	79,9 %

COMMENTAIRES

4.1.3.23 : La plupart des patients ayant été opérés au-delà de 56 jours représentent des cas ayant une lésion basocellulaire. La décentralisation de certains cas en chirurgie ambulatoire permettra d'atteindre la cible.

4.1. 4 Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur		Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.4.1	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	nd	9 924	9 496
4.1.4.2	Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	nd	90,0 %	67,4 %

COMMENTAIRES

4.1.4.1 : Pour sept des neuf RLS, il y a eu augmentation du nombre de personnes rejointes en SAPA, DP et DI-TSA. Hypothèse : retenue des statistiques à l'automne 2015 pour un milieu influençant le résultat du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

4.1.4.2 : Amélioration notable de la proportion de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention passant de 55 % au 31 mars 2015 à 67,4 % au 31 mars 2016.

Les résultats par RLS varient entre 42,1 % et 87,3 %.

Selon l'appartenance à un programme, les résultats pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS varient ainsi :

- DP : 67,9 %
- DI-TSA : 76,2 %
- DP-DI-TSA (situations mixtes de 41 personnes) : 80,5 %
- SAPA : 66,4 %

4.1.5 Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.5.1 Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	nd	693	531
4.1.5.2 Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	nd	185	180

COMMENTAIRES

4.1.5.1 : Au cours de la période d'août à septembre 2015, il y a eu des absences pour maladies non remplacées (équipe à six ETC seulement). Les interventions de quartier et en centre de détention ont des effets à la baisse sur les places disponibles pour les suivis auprès de cette clientèle.

4.1.5.2 : L'équipe complétée depuis septembre 2014 est en voie d'atteindre sa maturité.

4.1.6 Accroître l'accès à la gamme de services de santé mentale – dépendance

PROJET ORGANISATIONNEL

Accroître l'accès à la gamme de services de santé mentale et de dépendance

Ce projet organisationnel vise à améliorer l'accès à la gamme de services de la trajectoire santé mentale et dépendance de la porte d'entrée (guichets) aux différents services offerts dans la trajectoire. Les sous-secteurs dans lesquels une identification des principaux enjeux a été réalisée ont permis de déterminer la nature des grands chantiers (guichets d'accès, « sous trajectoires » troubles psychotiques et troubles de la personnalité limite, le volet réadaptation résidentielle, le maintien des acquis au niveau de la durée moyenne de séjour à l'urgence).

Portrait des enjeux d'accessibilité aux différentes étapes de la trajectoire

- Prévention : Accès aux interventions des services généraux dans le milieu et actions sur les déterminants sociaux et les facteurs de risques (Santé publique).
- Médecin de famille : Pour la clientèle orpheline (à l'exception de la Pommeraie).
- Délais d'évaluation : Guichet d'accès santé mentale Pommeraie Haute-Yamaska.

- Urgence : Amélioration récente des délais moyens de séjour sur civière à l'urgence santé mentale (CHUS) — À maintenir;
- Délais d'accès importants aux services ambulatoires :
  - Équipe Santé mentale RLS de Sherbrooke et de la Pommeraie,
  - Cliniques externes spécialisées : Revoir les critères, accès géographique,
  - Psychothérapie : Pour les troubles mentaux courants,
  - Suivi intensif : Transfert des dossiers vers le suivi d'intensité variable en temps opportun,
  - Suivi d'intensité variable (SIV) : Taux de réadmission hospitalière élevé qui peut générer des difficultés d'accès à l'hospitalisation;
- Ressources d'hébergement : Enjeux d'accessibilité sur l'ensemble du territoire;
- Dépendance : Accès aux lits, accès à des services intégrés dépendance et santé mentale, accès aux services dépendances Haute-Yamaska.

OBJECTIFS

D'ici avril 2017, quatre projets à réaliser :

1. Répondre à l'intérieur de sept jours à la personne ayant été dirigée vers le GASMA (Guichet d'accès santé mentale). Consolider, harmoniser et rendre efficients tous les GASMA(s) sur le territoire et faire des guichets intégrés santé mentale, dépendance et consultations psychiatriques;

2. Améliorer les délais d'accès aux services externes (30 jours pour le SI (suivi intensif) et le SIV (suivi d'intensité variable), 90 jours pour l'équipe santé mentale;

3. Diminuer le délai d'attente pour avoir accès aux ressources d'hébergement spécifiquement pour les CHSLD-SM et les hébergements de transition, d'encadrement et les ressources de réadaptation (appartements supervisés);

4. Maintenir la DMS (durée moyenne de séjour) sur civière aux urgences SM du CHUS < à 18 h.

RÉALISATIONS

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
Cartographie macro des trajectoires actuelles et désirées (incluant analyse des enjeux et liste des zones grises)	31 août 2016	Trajectoires actuelles : réalisées Trajectoires souhaitées : juin 2016
Organigramme de la direction santé mentale et dépendance	15 octobre 2015	Réalisé
A3 ou plan du projet 1	1er avril 2016	En cours (juin 2016)
A3 ou plan du projet 2	1er avril 2016	En cours (juin 2016)
A3 ou plan du projet 3	1er avril 2016	En cours (juin 2016)
A3 ou plan de l'amélioration continue 4	1er avril 2016	En cours (juin 2016)
Cartographie détaillée des sous-trajectoires actuelles et désirées (incluant les indicateurs)	Juin 2016	En cours

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.6.1 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	81,5 %	80,0 %	78,2 %

COMMENTAIRES

Les absences pour maladies et le roulement du personnel ont influencé cet indicateur en 2015-2016.

4.1.7 Accroître l'accès aux soins et services – jeunes en difficulté

PROJET ORGANISATIONNEL

Intégration de la mission Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) des territoires de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska vers le CIUSSS de l'Estrie – CHUS

L'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a entraîné un redécoupage territorial entre l'Estrie et la Montérégie. Ce changement territorial fait en sorte que les soins et services du réseau de la santé et des services sociaux sur les territoires de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska se retrouvent dorénavant sous la responsabilité du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, et ce, depuis le 1er avril 2015.

Cette nouvelle réalité a nécessité l'intégration de l'ensemble des ressources ainsi que des activités cliniques et clinico-administratives de la mission CPEJ du CISSS de la Montérégie-Est des territoires de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska vers le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

OBJECTIFS

Dans le but d'assurer la cohésion ainsi que la convergence des décisions et actions entourant le projet, cinq principes directeurs ont été définis, soit :

- Assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services tout au long du processus de transfert, et ce, sans impact pour les usagers;
- Minimiser les impacts sur les cadres, les employés et les partenaires;
- Tenir compte de la population jeunesse et de la richesse relative des régions dans l'évaluation des transferts;
- Transférer, s'il y a lieu, les ressources régionalisées au prorata de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie;
- Maintenir l'accès aux ressources régionales d'hébergement (ex. : internat).

RÉALISATIONS

La réalisation des travaux a nécessité la mise en place de deux comités. Ces derniers ont assuré le pilotage et la coordination des différentes étapes menant à la réalisation du projet d'intégration.

Le premier comité à débuter ses travaux a été le comité interrégional. Composé de gestionnaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et du CISSS de la Montérégie-Est, ce comité avait pour principal mandat de :

- définir les principes directeurs liés à la démarche;
- mettre en place une structure de gestion de projet;
- adopter l'inventaire des ressources à intégrer;
- assurer une vigie afin que la démarche se déroule selon la portée et les échéanciers prévus.

Pour sa part, le comité interne, dont les membres étaient exclusivement des gestionnaires et professionnels du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, a concentré ses activités à :

- veiller au bon déroulement de la démarche et au respect des livrables;
- assurer la poursuite des opérations cliniques et clinico-administratives;
- analyser les enjeux et les écarts et mettre en place les mesures nécessaires;
- identifier et élaborer les protocoles d'entente;
- définir un plan d'accompagnement pour le personnel;
- assurer le déploiement d'un plan de communication.

Le projet d'intégration se poursuivra tout au long de l'année 2016-2017. Des comités de suivi seront déployés afin de :

- mesurer l'adéquation entre les ressources transférées et le niveau réel d'activités afin d'effectuer les changements nécessaires;
- ajuster les modalités de fonctionnement et les ententes convenues si nécessaire;
- harmoniser progressivement les pratiques cliniques et clinico-administratives.

De plus, des ententes seront à déployer, telles que :

- Entente liée au transfert budgétaire;
- Protocole concernant le transfert des salariés du CIUSSS de la Montérégie-Est transférés au CIUSSS de l'Estrie – CHU;
- Entente de service visant à définir les modalités de collaboration à l'égard des RI-RTF;
- Entente de service visant à définir les modalités de collaboration à l'égard de l'accès à l'hébergement en réadaptation interne;
- Entente visant à définir l'offre de service du CISSS de la Montérégie-Est lié aux transports pour la clientèle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en provenance des territoires de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska.

Cette démarche d'intégration a été le projet majeur de la Direction du programme jeunesse et de la Direction de la protection de la jeunesse au cours de l'année 2015-2016. Sa réalisation représente le fruit d'une étroite collaboration avec le CIUSSS de la Montérégie-Est.

4.1.8 Autres indicateurs

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.1.8.1 EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90,9 %	90,0 %	95,4 %

COMMENTAIRES

4.1.8.1 : Engagements 2015-2016 atteints.

4.2 UTILISER JUDICIEUSEMENT LES RESSOURCES — AXE 2

4.2.1 Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.2.1.1 Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	12,5 %	38 %	25 %
4.2.1.2 Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	88,9 %	78 %	22,2 %

COMMENTAIRES

4.2.1.1 : Trois des huit installations concernées par l'implantation de l'AAPA ont atteint le niveau de déploiement à 100 % des composantes 1, 2 et 6. Les autres milieux ont tous connu une amélioration du nombre d'activités déployées dans les unités, en lien avec ces composantes.

La transformation du réseau a ralenti le processus de mise en œuvre de l'AAPA.

4.2.1.2 : Seulement deux des neuf RLS ont obtenu un niveau d'implantation des composantes d'au moins 80 %. Deux autres ont entre 75 et 78 % d'implantation.

La diminution du résultat pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'explique par :

- la révision de l'outil OSIRSIPA en cours d'année, non connue au moment de l'engagement 2015-2016 et ayant un impact sur les résultats;
- le dépôt des orientations ministérielles en gestion de cas en novembre 2015 et l'absence de travaux au sein de l'établissement afin d'arrimer les pratiques;
- la réorganisation de la gouvernance clinique n'ayant pas permis de faire autant d'activités de concertation et de coordination avec les partenaires à l'échelle de chaque RLS.

4.2.2 Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Améliorer la gouvernance		Résultats 2015-16 (pour l'établissement)	Statut vs cibles de l'EGI 2015-16	Cibles 2016-17 (pour l'établissement)	Cibles 2020 (pour le MSSS)
Indicateur	Mise en œuvre d'une réforme sur l'organisation et la gouvernance	nd	nd	nd	À déterminer

Mise en œuvre d'une réforme sur l'organisation et la gouvernance

Pour réaliser la transformation et accompagner les établissements, le MSSS a produit trois cahiers des charges nécessitant des actions de leur part. À cet égard, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a complété dans les délais prescrits, 95 % des actions attendues.

Trois axes ont été suivis pour mettre en œuvre cette réforme :

1. **L'IDENTITÉ ORGANISATIONNELLE :**

   Dès le printemps 2015, afin de donner un sens profond à la réforme, des valeurs organisationnelles, une stratégie d'action et une philosophie de gestion ont été définies avec la participation de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

2. **LA TRANSFORMATION :**

   Afin de mettre en place la nouvelle organisation, plusieurs chantiers ont été déployés :

   - implantation du concept de gestion par trajectoires de soins et services, en intégrant les différentes équipes de soins;
   - mise en œuvre d'un plan d'organisation en appui aux trajectoires de soins et services;
   - harmonisation des processus et des pratiques cliniques et administratives;
   - implantation des systèmes d'information en appui aux trajectoires, à l'optimisation et aux communications;
   - assurance des cycles d'agrément et autres accréditations;
   - implantation d'un système de gestion intégrée de la performance;
   - transfert des ressources de la Montérégie;
   - mise en œuvre des nouvelles instances;
   - intégration de la mission universitaire à travers l'ensemble de ses volets;
   - coordination des déménagements.

3. LES OPÉRATIONS :

L'établissement, tout en orchestrant un processus de transformation de grande envergure, a su, avec l'appui et l'engagement de sa communauté, demeurer centré sur sa mission première : dispenser des soins et des services de qualité et sécuritaires aux usagers.

Une mission soutenue par des priorités organisationnelles qui se traduisent en action :

- Implanter la Loi sur les soins de fin de vie;
- Mobiliser des ressources humaines;
- Améliorer l'accès pour les jeunes en difficulté;
- Améliorer l'accès aux services de première ligne;
- Assurer un équilibre budgétaire durable;
- Améliorer l'accès en santé mentale;
- Agir pour et avec l'usager, ses proches et la population;
- Assurer la pertinence/diminuer la surinvestigation.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Réduire la structure d'encadrement du réseau		Résultats 2015-16 (pour l'établissement)	Statut vs cibles de l'EGI 2015-16	Cibles 2016-17 (pour l'établissement)	Cibles 2020 (pour le MSSS)
Indicateur	Réduction du nombre de cadres (en ETC : équivalent temps complet)	104 (P 6)	nd	nd	1 300

Réalisations : réduction du nombre de cadres au 31 mars 2016 de 104 ETC.

- Mise en place d'un guichet d'accès unique destiné aux cadres dont le poste a été aboli. Sa mission : accompagner ces gestionnaires dans leur réflexion de carrière et les soutenir, au besoin, dans les choix pouvant être exercés, dans le cadre de l'application de la Loi (départ, retraite, préretraite, etc.).
- 100 % des cadres dont le poste a été aboli et ayant choisi l'option du replacement, ont été replacés.

4.2.3 Favoriser le déploiement d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance

Au cours de sa première année d'existence, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a amorcé les travaux visant à se doter d'un système de gestion intégrée de sa performance.

En s'inspirant d'acquis régionaux, un modèle de performance a été développé afin de définir les dimensions qui constituent les axes d'actions pour identifier, mesurer, apprécier et améliorer la performance de l'organisation. Des activités ont été réalisées auprès des cadres supérieurs pour bien s'approprier ce modèle et la culture d'amélioration continue qui la soutient.

Il faut maintenant mettre en œuvre le système de gestion de la performance et le déployer dans tout l'établissement. À cet égard, plusieurs outils ont été élaborés :

- Une salle de pilotage stratégique est utilisée par le bureau de direction pour suivre les priorités organisationnelles découlant du *Plan stratégique 2015-2020 du MSSS*;
- Les composantes du système de gestion intégrée de la performance ont été définies (ex. : Vrai Nord, pilotage des objectifs, requis pour le développement des compétences, etc.);
- La vision et les comportements liés à la philosophie de gestion ont été identifiés;
- Une structure de gouvernance et d'accompagnement pour le déploiement progressif dans les directions est en place.

Les défis pour la prochaine année :

- Débuter le déploiement tactique dans les directions selon la stratégie retenue;
- Définir le plan de formation et d'accompagnement requis pour les gestionnaires médicaux et administratifs;
- Débuter l'animation de l'amélioration continue des trajectoires de soins et de services.

4.2.4 Assurer un équilibre budgétaire durable

PROJET ORGANISATIONNEL

Assurer un équilibre budgétaire durable, sans affecter les soins et les services.

Atteindre l'équilibre avec un budget annuel de 1,1 G$ pour 2015-2016, en réalisant 30,5 M$ d'économies par rapport à l'année précédente; assurer la pérennité en priorisant les solutions récurrentes (plus de 70 % des compressions réalisées en 2015-2016 effectuées de façon récurrente); viser un ratio de dépenses administratives de 5,5 % ou moins et miser sur la poursuite de l'amélioration continue des processus cliniques, et ce, sans affecter les soins et services, constituent les orientations de ce projet aux grands défis organisationnels.

OBJECTIFS

Économies de 30,5 M$ ciblés par le MSSS :

- Diminution des dépenses des secteurs administratifs : 17,5 M$
- Diminution des dépenses de santé physique (pertinence) : 8 M$
- Économies liées aux approvisionnements en commun : 2 M$
- Diminution des dépenses des services sociaux et des services techniques : 3 M$

À l'intérieur d'un échéancier de trois ans, s'ajoute également le dégagement des marges financières requises pour permettre certains développements stratégiques (dégager une marge annuelle de l'ordre de 10 M$ par an d'ici l'exercice financier 2019-2020).

RÉALISATIONS

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
Équilibre budgétaire 2014-2015	31 mars 2015	Réalisé
Reddition de compte 2014-2015 au MSSS – Plan d'optimisation proposé	12 juin 2015	Réalisé
Dépôt au MSSS des 14 budgets pour 2015-2016	12 juin 2015	Réalisé
Définition des structures administratives optimisées (cibles)	30 juin 2015	Réalisé
Élaboration et diffusion d'outils de suivi budgétaire périodique par ex-établissement	13 juillet 2015	Réalisé
Dépôt par les directions administratives des structures budgétaires et de la planification de main-d'œuvre optimisées	30 août 2015	Réalisé
Budgets 2016-2017 pour toutes les directions	30 novembre 2015	Réalisé
Équilibre budgétaire au 31 mars 2016	31 mars 2016	Réalisé

COMMENTAIRES

Assurer la reddition de comptes de l'année financière 2014-2015 pour tous les établissements ou installations sous sa responsabilité et assurer la reddition de comptes du nouvel établissement pour l'année financière 2015-2016.

- Redditions de comptes effectuées dans les délais prescrits par les directives, circulaires et cahiers de bord ministériels.
- Pour l'année 2014-2015 et pour l'année 2015-2016, atteinte de l'équilibre budgétaire, en dépit du fait que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a assumé en 2015-2016 la plus importante compression de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (30,5 M$ de compression récurrente, plus 12 M$ de compression non récurrente, soit près de 43 M$ de compression totale).

	30,5 M$ de coupure récurrente
+	12 M$ de compression non récurrente
	45,5 M$ de compression totale
-	13,7 M$ de soutien du MSSS (secteurs administratifs)
	28,8 M$ de compression réalisée

- Déploiement, dès l'été 2015, des outils novateurs requis pour assurer le suivi de la réalisation des mesures d'optimisation prévues pour chacun des quatre grands volets du plan d'optimisation ministériel pour l'année 2015-2016, par ex-établissement, par direction ainsi que pour l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- Implantation, dès le printemps 2016, des outils requis pour assurer le suivi de la réalisation des mesures d'optimisation prévues pour chacun des quatre grands volets du plan d'optimisation ministériel pour l'année 2016-2017, par direction ainsi que pour l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (suivi par unité de soins et services prévu à partir de l'automne 2016).
- Déploiement au printemps 2016 d'une base de donnée agrégée automatisée facilitant les redditions de comptes financières et le suivi de l'atteinte des cibles d'optimisation, après avoir obtenu l'aval de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour ce faire.
- Redditions de comptes 2015-2016 effectuées de façon rigoureuse et précise, malgré la complexité liée aux incertitudes associées aux transferts budgétaires effectués en lien avec les activités effectuées en Montérégie avant le 1er avril 2015, et assumées par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, depuis le début de l'année financière 2015-2016.

Mettre en place, avec la contribution de toutes les directions, les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre budgétaire, sans affecter les services à la population.

En maintenant les soins et services à nos usagers :

- Notamment en concentrant les compressions dans les secteurs administratifs et techniques : 19 M$ sur les 30,5 M$ (soit plus de 60 %) de la coupure récurrente de 2015-2016 ciblée dans les secteurs administratifs et techniques (environ 10 % du budget).

- Approche novatrice présentée par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS à l'ensemble du réseau en Comité des ressources financières : budgets « base zéro » pour les directions administratives et techniques, fondés sur la performance financière comparable.

En gérant de façon proactive les besoins de nos communautés :

- Par exemple, collaboration avec les autorités ministérielles pour dédier, en 2015-2016 et 2016-2017, un budget total de près de 1 M$, dont 250 k$ récurrents, pour soutenir la communauté de Lac-Mégantic.
- Travaux en cours pour assurer le rehaussement requis du parc d'équipements et de systèmes dans les réseaux locaux de services de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie.

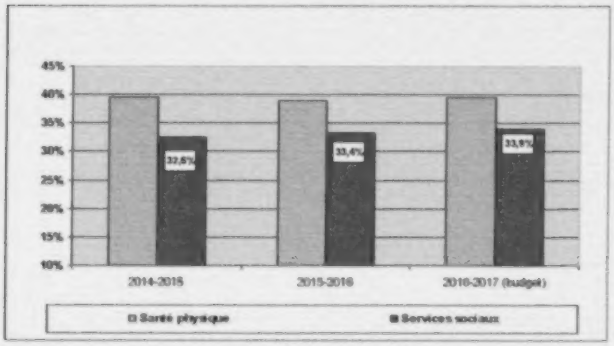
En assurant le financement de la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- Soutien du MSSS, du Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec (GACEQ) et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés, aux stratégies proposées par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour valoriser l'expertise estrienne de pointe en imagerie, de façon à assurer la couverture des besoins des usagers du Québec par l'approvisionnement en radio-isotopes au meilleur coût :
  - produire du technétium 99m (99mTc) par cyclotron au Québec pour répondre à l'urgence d'assurer une relève à la production de technétium par la centrale nucléaire de Chalk River dont la fermeture complète est prévue en 2018.
- En partenariat avec l'Université de Sherbrooke, demande de soutien financier de la part du MSSS et du MESR pour la finalisation du déploiement du Laboratoire de simulation clinique (LSC) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : obtention de 5,2 M$ en 2015-2016 pour le LSC de l'Hôpital Fleurimont.

Administrer le budget que le ministère de la Santé et des Services sociaux octroie à l'établissement en fonction des programmes-services établis, avec comme préoccupation de protéger ceux destinés aux clientèles vulnérables en excluant tout recours à la permutation des budgets, sauf sur autorisation expresse du ministre dans les cas exceptionnels

Même si le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a assumé la compression budgétaire la plus élevée de l'ensemble du réseau québécois de la santé et des services sociaux en 2015-2016 (avec 30,5 M$ de compression récurrente en 2015-2016), l'établissement est néanmoins parvenu à rehausser la part des services sociaux dans le budget de l'établissement grâce, notamment, à une optimisation budgétaire principalement concentrée dans les secteurs administratifs.

Évolution de la part des programmes-services de services sociaux et de santé physique sur les investissements annuels totaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS



- *Il est normal que le poids des activités de santé physique soit plus élevé au CIUSSS de l'Estrie – CHUS que dans les autres CISSS et CIUSSS, car l'établissement est le seul à intégrer les activités de soins et services surspécialisés et les missions spécifiques d'un centre hospitalier universitaire.*
- *Compte tenu de la compression de près de 40 % déterminée par le MSSS, le programme-service de santé publique a été isolé et n'est pas intégré dans la part des programmes-services de services sociaux présentés.*

4.2.5 Regrouper les laboratoires de biologie médicale de l'Estrie en un système intégré – Optilab

PROJET ORGANISATIONNEL

Optilab - Regrouper en un système intégré les laboratoires de biologie médicale de l'Estrie afin d'avoir une offre de service commune

Le projet consiste à regrouper en un système intégré les laboratoires de biologie médicale de l'Estrie afin de dispenser une offre de service commune et complémentaire, sous la forme de laboratoires multi-sites dont un laboratoire serveur équipé d'une haute capacité analytique et de laboratoires associés.

OBJECTIFS

D'ici décembre 2019 :

- diminuer les coûts globaux d'opération de biologie médicale :
  - diminution du coût unitaire des analyses ($/valeur pondérée) à : ≤ 1,00 $/VP;
  - augmentation de la valeur pondérée (VP)/heure travaillée (HT) à : $/HT ≥ cibles identifiées par le MSSS;

  - augmentation du ratio de demande d'analyses pertinentes* à : ≤ moyennes provinciales pour chacune des 14 analyses;
  - utilisation judicieuse des analyses (lié au projet organisationnel (A3) de la pertinence).
- augmenter l'accessibilité aux services de biologie médicale :
  - augmentation du nombre de sites de prélèvements à : 5/100 000 habitants pour chacun des RLS;
  - diminution des délais d'attente pour les prélèvements à : ≤ 60 min;
  - augmentation du taux de laboratoires ayant accès aux résultats d'analyse par le SIL à : 100 %;
  - maintien du délai moyen d'accès aux résultats d'analyses (100 % des laboratoires ayant atteint les cibles du MSSS selon les spécialités).
- agir pour et avec l'usager
  - augmentation de la satisfaction des usagers/utilisateurs à : 80 % se montrant très satisfaits ou satisfaits

Quelques conditions de succès pour atteindre ces objectifs :

- vision commune et partagée;
- culture axée sur l'amélioration continue et sur la recherche de l'excellence;
- reconnaissance de la complémentarité et de l'interdépendance entre les laboratoires;
- création d'un seul département clinique multi-établissements (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et un seul chef de département (à venir).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

RÉALISATIONS

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
Cartographie processus global	1er décembre 2015	100 %
Révision des cahiers de charges SIL du MSSS	1er janvier 2016	100 %
Offres de services du centre serveur et centres associés	1er avril 2016	60 % (date cible révisée 1er juin 2016)
Plan de remplacement des équipements	1er avril 2016	50 % (date cible révisée 1er juillet 2016)
PMO de la biologie médicale	1er avril 2016	50 % (date cible révisée 1er juillet 2016)
Plan de transition (améliorations court terme)	1er mai 2016	50 % (date cible révisée 1er juillet 2016)
Modèle Optilab CIUSSS de l'Estrie – CHUS	1er juillet 2016	20 %
Mise en place des fiches d'indicateurs et des tableaux de bord	1er juillet 2016	50 %

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
Plan fonctionnel et technique du centre serveur (PFT)	1er octobre 2016	0 %
Optimisation des transports	1er décembre 2016	50 %

COMMENTAIRES

La collecte de données reliées à la situation actuelle était presque complétée en date du 1er mai 2016. D'une part, l'implication des équipes médicales dans la détermination de l'offre de service future a été retardée de quelques semaines et constitue l'élément essentiel à la poursuite des travaux menant au modèle Optilab Estrie. D'autre part, pour les gestionnaires, la concurrence entre les priorités liées au maintien des activités courantes, à l'appropriation de rôles et responsabilités suite aux nominations et le projet Optilab ont également contribué à retarder l'échéancier fixé au 1er avril. Des ateliers de Lean Design, prévus en juin 2016, contribueront à assurer une organisation du travail optimale et à permettre l'élaboration d'un PFT en conséquence. L'échéancier demeure maintenu pour les phases subséquentes, soit la détermination du Modèle Optilab Estrie et l'élaboration du PFT.

4.3 AGIR POUR ET AVEC L'USAGER — AXE 3

4.3.1 Agir pour et avec l'usager, ses proches et la population

Le fondement de nos actions ainsi que la motivation de l'ensemble des acteurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nous en avons fait un objectif stratégique. L'année 2015-2016 nous a permis d'avoir un regard sur notre situation actuelle, nos assises et nos bons coups afin de nous projeter vers une situation désirée d'ici quelques années, soit d'être :

UNE ORGANISATION qui

- reconnaît l'importance de considérer l'expérience des usagers /proches et population pour mieux adapter sa réponse à leurs besoins de santé et service sociaux.
- encourage la participation au quotidien des usagers/proches dans la prestation de leurs soins/services, selon leur capacité, dans tous ses processus et au sein de toutes les équipes de travail.
- prend ses décisions en valorisant un continuum de participation des usagers/proches/ population.
- vise l'excellence qui valorise la participation des usagers/proches/population dans les efforts d'amélioration continue.
- travaille en partenariat pour assumer sa responsabilité au point de vue de développement des communautés.
- investit dans sa mission universitaire et ses partenariats avec les établissements d'enseignement en vue d'offrir les meilleures pratiques en matière de soins et services centrés sur l'usager et ses proches.
- promeut, soutient et valorise une approche cohérente et intégrée avec ouverture et transparence.
- œuvre selon un processus d'amélioration continue tenant compte de la qualité perçue par les usagers et les proches quant aux services reçus.
- assure le rayonnement de ses acquis au Québec et hors Québec.

Pour devenir cet établissement, l'équipe veille à identifier l'ensemble des actions à poser et à définir les indicateurs lui permettant de mesurer la progression en regard de l'objectif *Agir pour et avec l'usager, ses proches, la population*.

4.3.2 Information et consultation de la population

Mécanismes mis en place pour informer la population

La première année du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été faste pour le Service des communications. Les relations avec la population et les médias ont occupé une part importante des activités, et cela, bien que pour cette première année, la priorité ait été accordée aux communications avec les membres de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Nous avons notamment mis en ligne un intranet d'établissement et développé

plusieurs outils de communication spécifiques aux gestionnaires d'une part, et à l'ensemble de nos publics internes d'autre part.

Nous avons publié une cinquantaine de communiqués de presse, dont vingt lors de conférence de presse. Ceux-ci se retrouvent d'ailleurs tous sur le nouveau portail Web de l'organisation : santeestrie.qc.ca

Nos données 2015-2016 sont malheureusement sous-estimées puisque le tableau de bord a été créé en cours d'année. Nous estimons cependant que nous avons répondu à environ 500 demandes d'information ou d'entrevues de la part des médias locaux, régionaux et nationaux. Ces statistiques n'incluent pas les demandes adressées à nos différentes entités de recherche.

Mécanismes pour mettre à contribution la population à l'égard de la contribution de l'organisation des services

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté d'un service expérience usagers qui soutient la participation des usagers et de leurs proches dans la prestation des soins et services ainsi que dans l'organisation des soins et services. En collaboration avec le comité des usagers du centre intégré, différents processus et outils sont en implantation afin de recruter des usagers, de les préparer et de les soutenir au fil de leur participation. Ce faisant, un bassin d'usagers collaborateurs se constitue afin de répondre plus efficacement aux demandes de plus en plus nombreuses. En 2015-2016, ces efforts ont permis d'assurer la participation à valeur ajoutée d'usagers dans plus de sept comités de la structure permanente, cinq projets organisationnels ainsi que dans les opérations régulières de plusieurs directions.

Mécanismes pour connaître la satisfaction de la population au regard des résultats obtenus

Dans le cadre de la transformation qui a eu cours dans l'année 2015-2016, aucun mécanisme structuré pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS n'a été mis en place. Les processus de sondage de la satisfaction des usagers dans les établissements ayant fusionné n'ont pas été poursuivis étant donné qu'une réflexion était requise pour réaliser cet exercice dans le nouveau contexte. Par ailleurs, les comités des usagers locaux ont poursuivi leurs travaux et ont recueilli les commentaires des usagers sur les soins et services. Ils ont été inscrits dans le rapport annuel du comité des usagers du centre intégré déposé au conseil d'administration. Enfin, le processus d'agrément dans lequel nous sommes engagés ne requérait pas un sondage de la satisfaction des usagers dans l'année 2015-2016. La première visite d'agrément est prévue en octobre 2016. Le sondage devra être réalisé avant la seconde visite en 2018. Par le fait même, le MSSS souhaite développer des outils communs de sondage de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des établissements. Nous allons donc nous arrimer avec ces travaux pour réaliser nos sondages de satisfaction.

Forum à la population ou mécanismes de consultation utilisés

Depuis l'abolition de l'Agence de l'Estrie, dans la foulée de la transformation, le forum à la population n'a pas été réactivé. Dans le cadre de la nouvelle organisation, nous souhaitions prendre le temps nécessaire et nous assurer que la structure était en place avant de relancer une telle instance. Nous demeurons toujours en réflexion sur la forme, la composition et le mandat que nous souhaitons confier à une instance citoyenne. Néanmoins, nous avons tout de même été actifs au niveau des communautés qui composent notre établissement. D'abord, la Haute Direction, accompagnée du président du C. A., a participé à la rencontre des élus (préfets et maires) des neuf réseaux locaux de services. L'objectif visé consistait à répondre à leurs préoccupations et présenter les grandes orientations adoptées par le C. A. quant au développement des communautés. La Direction de santé publique a élaboré une structure de soutien aux développements des communautés en appui aux organisations locales déjà en place. Enfin, une étude de la santé publique a été réalisée pour déterminer les besoins de la communauté anglophone de notre territoire. Ces actions nous permettront de mettre en place un mécanisme plus structuré pour connaître la satisfaction de la population dans la prochaine année.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.3.2.1 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)	94 %	95 %	98,4 %

COMMENTAIRES

Engagements 2015-2016 atteints.

La mise à jour est capitale pour s'assurer que :

- la population reçoive l'information sur les services et à la bonne destination par Info-Santé/Info-Social ou par les intervenants du réseau qui bâtissent l'offre de service de leurs clientèles;
- les internautes accèdent à l'information juste sur les services et à la bonne destination par les portails régionaux et par le portail Web MSSS s'alimentant au RRSS.

L'ajout des ressources des RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska n'est pas pris en compte dans ces résultats. Ceux-ci continueront d'être intégrés aux résultats de la Montérégie (région 16) en raison de contraintes informatiques. Aucune date d'intégration à la région 05 n'est prévue pour le moment.

4.3.3 Examen des plaintes et la promotion des droits

Pour assurer la qualité de ses services, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, qui dessert près de 500 000 personnes, peut compter sur un bureau des plaintes et de la qualité des services, formé d'un commissaire et de cinq commissaires adjoints.

Ils reçoivent et traitent, en toute confidentialité, les plaintes concernant les soins et services offerts dans les installations de santé et de services sociaux sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce mandat inclut les plaintes envers les ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique, les résidences privées pour aînés et les organismes communautaires, auparavant traitées par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Pour joindre les commissaires aux plaintes, il existe un numéro de téléphone unique, soit le 1 866 917-7903. Ce service sans frais est accessible à l'ensemble de la population du territoire. Des dépliants sur le régime d'examen des plaintes sont aussi disponibles dans l'ensemble des installations de l'établissement.

Le rapport annuel complet portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits peut être consulté, sur demande, auprès du commissaire local aux plaintes ou sur le site Internet de l'établissement à santeestrie.qc.ca.

4.3.4 Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques et les cancers

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.3.4.1 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	80,7 %	70,0 %	76,4 %

COMMENTAIRES

Engagements 2015-2016 atteints.

Les écoles ont poursuivi leurs activités relatives à l'AÉS. Durant l'année 2015-2016 des employés ont exercé des moyens de pression en ne procédant pas à la saisie des unités de mesure. Considérant que les activités ont été réalisées, sans l'application de ce moyen de revendication, nos données auraient pu refléter pour 2015-2016, un maintien des résultats par rapport à ceux de l'année dernière.

4.3.5 Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.3.5.1 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	nd	948	1 158

COMMENTAIRES

4.3.5.1 : Engagements 2015-2016 atteints.

La formation de plus de 200 infirmières dans les dernières années et la contribution des infirmières œuvrant près ou à l'intérieur du milieu de vie des jeunes (scolaire, formation professionnelle, Cégep, etc.) ont grandement contribué à l'atteinte et même au dépassement de l'objectif.

4.3.6 Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.3.6.1 Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 601	1 521	1 594
4.3.6.2 Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie	nd	53	55

COMMENTAIRES

4.3.6.1 : Cinq des neuf RLS ont connu une augmentation du nombre de personnes desservies. L'intensité de services fournie aux personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile a légèrement augmenté, passant de 23,67 interventions en 2014-2015 à 23,70 interventions en 2015-2016.

4.3.6.2 : Engagements 2015-2016 atteints. Une installation est passée de 6 à 8 lits contribuant à un nombre total de 55 lits pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

4.3.7 Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

PROJET ORGANISATIONNEL

Réduction du taux de jeunes pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse pour des motifs de négligence

D'année en année, environ 40 % des signalements faits à la DPJ concernent la négligence ou le risque sérieux de négligence. En trois ans, le taux de prise en charge pour des motifs de négligence a connu une augmentation de 7,5 % et varie significativement d'un RLS à l'autre.

Taux de prise en charge par la DPJ pour des motifs de négligence sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (par 1 000 enfants de 0 à 17 ans)

ANNÉES	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
TAUX	11,50	11,92	12,36	12,38

Taux de prise en charge par la Direction de la protection de la jeunesse pour des motifs de négligence par RLS (par 1 000 enfants de 0 à 17 ans)

RLS du CIUSSS	Taux 2014-2015
RLS d'Asbestos	26,1
RLS de Sherbrooke	14,7
RLS de la Pommeraie	13,7
RLS de Memphrémagog	11,2
RLS du Haut-Saint-François	11,2

RLS du CIUSSS	Taux 2014-2015
RLS du Granit	10,7
RLS de la Haute-Yamaska	10,0
RLS de Coaticook	7,4
RLS du Val-Saint-François	6,8

Ces données demeurent préoccupantes et il est essentiel pour la Direction du programme jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse de prioriser cette clientèle particulièrement vulnérable en identifiant des moyens pour diminuer ces taux.

OBJECTIFS

Conformément à la planification stratégique du MSSS, la Direction du programme jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse ont pour objectif, d'ici 2020, de réduire le taux de jeunes pris en charge par la DPJ pour des motifs de négligence à 11,5/1 000 enfants.

RÉALISATIONS

L'année 2015-2016 aura été consacrée à la planification de ce projet d'envergure, soit à :

- analyser les données probantes et les données statistiques liées au contexte de négligence;
- définir le projet dans un A3 stratégique;
- identifier les indicateurs de suivi;
- identifier les priorités d'action pour 2016-2017.

Le déploiement du projet sera amorcé à l'été 2016.

4.4 ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES — AXE 4

4.4.1 Améliorer la survie des patients atteints de cancer

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.4.1.1 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	62 %	90 %	56,8 %

COMMENTAIRES

4.4.1.1 : Même si la cible n'est pas atteinte, le nombre de chirurgies oncologiques réalisées a augmenté en 2015-2016 de 45 patients.

Le délai de plus de 28 jours est attribuable aux chirurgies des sites tumoraux de la peau, de la prostate et de la thyroïde. Afin d'améliorer l'accès, certaines activités sont déplacées du bloc opératoire vers les services externes. De plus, des priorités supplémentaires ont été attribuées dans le secteur de l'urologie et des chirurgiens s'entraident pour diminuer la liste d'attente.

4.4.2 Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.4.2.1 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	67 %	100 %	67 %

COMMENTAIRES

INSTALLATIONS	ÉTAPE PRÉALABLE	ÉTAPE 1	ÉTAPE 2	ÉTAPE 3	ÉTAPE 4	ÉTAPE 5	ÉTAPE 6
	Créer un comité Zones grises	Répertorier les surfaces à risques	Classifier les surfaces selon le niveau de risque	Désigner les responsables de l'intégrité sanitaire	Mettre en place et tenir un registre de suivi (traçabilité)	Former le personnel de chaque service impliqué	Bilan annuel contrôle qualité
CHUS	X	X	X	X	X	X	en cours
IUGS	X	X					
Haute-Yamaska CH	X	X	X	X	reste à implanter		
Haute-Yamaska CHSLD							
La Pommeraie CH	X	incomplet					
La Pommeraie CHSLD							
Memphrémagog CH+CHSLD	X	X	X	X	reste à implanter		
Coaticook	X	X	X	X	reste à implanter		
Val-Saint-François	X	X	X	X	reste à implanter		
Des Sources	X	X	X	X	reste à implanter		
Haut-Saint-François	X	X	X	X	reste à implanter		
Granit CH	X	X	X	X	incorporé aux routes de travail		
Granit CHSLD							

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.4.2.2 Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	83,3 %
4.4.2.3 Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	75 %	100 %	100 %

COMMENTAIRES

Deux installations dans le CIUSSS ont eu plusieurs éclosions de Clostridium difficile non contrôlées à gérer durant l'année. Une révision de la conformité des procédures internes et du respect de ces dernières a permis d'identifier les facteurs contributifs à la difficulté de contrôler les éclosions et des mesures d'amélioration ont été mises en place.

Les éclosions non contrôlées proviennent plus particulièrement de quelques installations du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, dont une en particulier. Cette perte de contrôle s'explique par quelques facteurs, notamment par :

- le manque d'infirmières en PCI (départ/absence) entraînant une perte d'expertise;
- l'utilisation de produits en hygiène et salubrité inadéquats dans certaines installations;
- un taux d'observance de la désinfection du petit matériel de soins entre les utilisations, autour de 10 %;
- un taux d'hygiène des mains autour de 30 %.

Pour régler le problème, voici les actions qui ont été réalisées:

- introduction de produits en hygiène et salubrité reconnus et efficaces contre les spores dans les installations ciblées;
- formation du personnel concernant le changement de produit;
- formation des chefs de secteur hygiène et salubrité du CIUSSS de l'Estrie - CHUS afin d'uniformiser les bonnes pratiques et les méthodes de contrôle qualité (désinfections);
- formation débutée pour le personnel sur l'hygiène des mains;
- recrutement actif pour des infirmières en PCI et formation au développement de l'expertise qui demande un certain temps.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.4.2.4 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	75 %
4.4.2.5 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	nd	100 %	100 %

COMMENTAIRES

4.4.2.4 : Il y a eu un dépassement du taux établi de bactériémies à l'unité des soins intensifs en néonatalogie de l'Hôpital Fleurimont, ce qui explique la non-atteinte de l'engagement. Une analyse de la situation a été faite et des mesures sont actuellement en cours afin de ramener sous le taux établi le nombre de bactériémies nosocomiales. Par exemple, un nouvel antiseptique a été introduit avec ajustement de la méthode et des formations pour le personnel ont été débutées.

4.4.2.5 : Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a établi une nouvelle structure de gouvernance pour la prévention et contrôle des infections (PCI)

Pour ce faire, il y a eu une dizaine de rencontres préparatoires avec différents groupes de personnes (directions, DSP, infectiologues, microbiologistes, etc.) afin de déterminer la meilleure structure à mettre en place pour la PCI.

La structure de gouverne a officiellement démarré au mois de janvier 2016. Quatre rencontres officielles ont eu lieu, avant le 31 mars 2016.

4.4.3 Loi sur les soins de fin de vie

PROJET ORGANISATIONNEL

Actualiser la Loi sur les soins de fin de vie

L'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie au 10 décembre 2015 a impliqué un travail soutenu de la part de plusieurs directions afin de rendre conforme l'offre de service des soins de fin de vie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS aux dispositions de la Loi.

Les travaux ont porté principalement sur la sédation palliative continue, l'aide médicale à mourir, les directives médicales anticipées, le développement des compétences du personnel, des gestionnaires et des médecins,

l'ajustement des ententes de service avec les maisons de soins palliatifs du territoire, la mise en place du groupe interdisciplinaire de soutien ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication.

OBJECTIFS

- Avoir une offre de service pour les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) conforme aux exigences de la Loi.
- Mettre en place les conditions nécessaires pour s'assurer de la mise en œuvre du projet :
  - Soutien de la Direction générale et du C. A.;
  - Compréhension juste et partagée de l'ensemble des intervenants quant au contenu de la Loi;
  - Soutien aux usagers et à leurs proches ainsi qu'aux équipes interdisciplinaires;
  - Appui à la participation du personnel aux travaux des différentes directions concernées;
  - Identification des personnes de référence, porteuses du projet;
  - Consolidation des partenariats avec les intervenants dans le continuum de SPFV et communication ouverte.
- Élaborer, valider et faire entériner l'ensemble des politiques, procédures, protocoles, ententes et outils de travail prévus au guide de gestion du MSSS avant l'entrée en vigueur de la Loi (10 décembre 2015).
- Atteindre un niveau de connaissance et d'acceptabilité chez les professionnels, les gestionnaires et les dirigeants des nouvelles pratiques et approches des soins en fin de vie, notamment au regard de l'aide médicale à mourir.

RÉALISATIONS

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
Politique de SPFV	26 novembre 2015	Réalisé
Code(s) d'éthique(s) révisé(s) incluant offre de SFV	10 décembre 2015	Réalisé
Programme clinique de SFV incluant les SAD	30 juin 2016	En cours
Ententes révisées avec maisons de SP incluant SFV	14 novembre 2015	Réalisé
Protocole clinique de sédation palliative continue ainsi que la règle de soins infirmiers associée	10 décembre 2015	Réalisé
Procédure sur le cheminement clinico-administratif d'une demande d'aide médicale à mourir	21 novembre 2015	Réalisé
Procédure de traitement d'un cas d'objection de conscience dans le cadre d'une aide médicale à mourir	21 novembre 2015	Réalisé
Mise sur pied du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)	4 décembre 2015	Réalisé
Procédure concernant les directives médicales anticipées	29 janvier 2016	Réalisé
Formation du volet 1 donnée au personnel et aux médecins concernés	30 avril 2016	Réalisé

COMMENTAIRES

La grande majorité des livrables identifiés ont été réalisés, et ce, dans le respect des échéanciers établis. Seul le programme clinique de soins de fin de vie, par l'ampleur du travail qu'il représente, est toujours en cours avec un échéancier au 30 juin 2016. Malgré la réalisation de ces livrables, des efforts sont poursuivis afin de soutenir leur intégration dans le quotidien des professionnels cliniques. L'application de ces nouveaux protocoles et procédures implique souvent des changements significatifs dans la pratique des professionnels et un soutien clinique régulier demeure toujours requis.

Ce projet avait pour objectif principal de se conformer aux nouveautés de la Loi concernant les soins de fin de vie, mais la réalisation des livrables ne signifie pas pour autant la fin des travaux. En effet, ces derniers se poursuivent afin de s'assurer que l'esprit de la Loi au regard des soins palliatifs trouve écho dans l'organisation des soins et services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

RAPPORT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Activité | Soins palliatifs et de fin de vie **

Information demandée	Site ou installation[6]				Total
	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée[1] pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016. Informations complémentaires : Ce chiffre ne peut être considéré comme exact pour la période, compte tenu que l'information est soustraite du système MED-ÉCHO (cas Z151.5) et que la période de saisie des données présente toujours un écart variant entre 1 et 3 mois. Donc, pour certaines installations, la saisie des données est actuellement rendue au mois de mars. De plus, l'identification de la clientèle en soins palliatifs est tributaire de l'information écrite par le médecin sur la feuille sommaire au dossier. Si le médecin n'indique pas que la personne est en SDFV, l'archiviste ne pourra pas inscrire le code approprié.	298				s. o.
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée[2] pour la période du ___ au ___ Informations complémentaires : Pour le moment, cette donnée ne peut pas être recueillie par manque d'un système d'information clinique (ex. : SICHELD) dans plusieurs centres d'hébergement et par l'absence de moyens nous permettant d'identifier les résidents qui sont en soins palliatifs ou de fin de vie, soit lors de l'admission ou soit en court d'hébergement. Un seul de nos CHSLD possède des lits dédiés de soins palliatifs et qui admet de la clientèle de toute provenance. 54 patients ont été admis entre le 10 décembre 2015 et le 9 juin 2016 sur cette unité.		nd			s. o.
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile[3] pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016. Informations complémentaires : La donnée a été extraite du système I-CLSC et correspond au nombre de personnes différentes ayant un profil d'intervention 121 durant la période établie.			1 160		s. o.
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs[4] pour la période du 10 décembre 2015 au 10 juin 2016. Informations complémentaires : Notre territoire est desservi par trois maisons de soins palliatifs, soit la Maison Aube-Lumière, la Maison Au Diapason et la Maison Cinquième Saison.				191	s. o.

Activité | Sédation palliative continue

Information demandée	Site ou installation[6]				Total
	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de sédations palliatives continues administrées	39				39

Activité | Aide médicale à mourir

Information demandée	Site ou installation[6]				Total
	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	16				16
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	12				12
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs[5]. Informations complémentaires : 1. Patient décédé avant date choisie 2. La personne n'éprouvait pas de souffrances physiques constantes et insupportables 3. La personne est devenue inapte à consentir aux soins 4. Une demande est prévue d'être actualisée après le 10 juin 2016.	4				4

Notes du tableau

* Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates de transmission du rapport aux instances concernées sont les 10 juin 2016, 10 décembre 2016, 10 juin 2017 et 10 décembre 2017.

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3), la nouvelle information demandée, soit le nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

s. o. : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

1 – Indiquer la source de données utilisée sur la ligne *Informations complémentaires*. Le système MED-ÉCHO, par exemple, a une Directive de codage – Soins palliatifs (21.3) – Classifications médicales MED-ÉCHO, en vigueur le 1er avril 2006 et révisée le 1er juillet 2013.

2 – Indiquer la source de données utilisée sur la ligne *Informations complémentaires*. Le formulaire 514-GESTRED lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV.

3 – Indiquer la source de données utilisée sur la ligne *Informations complémentaires*. Le système I-CLSC, par exemple, saisit les informations sur les personnes avec un code d'intervention 121 – Services en soins palliatifs – Programme Santé physique.

4 – Indiquer la source de données utilisée sur la ligne *Informations complémentaires*. Le formulaire 514-GESTRED lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans les maisons de soins palliatifs.

5 – Les motifs de la non-administration de l'aide médicale à mourir devront être indiqués dans le rapport sur la ligne *Informations complémentaires*. Documents de référence : Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir et les formulaires prescrits par le ministre.

6 – Par site ou installation, la personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'usagers et non l'intensité des services.

A

Version en français : Formulaire de consentement à la sédation palliative continue – AH-880 DT9231 (2015-12) Version en anglais : *Continuous palliative sedation consent form* – AH-880A DT9235 (2015-12)

B

Version en français : Formulaire de demande d'aide médicale à mourir – AH-881 DT9232 (2015-12) Version en anglais : *Request for medical aid in dying* – AH-881A DT9236 (2015-12)

C

Version en français : Formulaire de déclaration de l'**administration** d'aide médicale à mourir – Partie 1 – AH-882-2 DT9233 (2015-12) Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying* – Part 1 – AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : Formulaire de déclaration de l'**administration** d'aide médicale à mourir – Partie 2 – AH-882-2 DT9223 (2015-12) Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying* – Part 2 – AH-882A-2 DT9239 (2015-12)

D

Version en français : Formulaire de déclaration de l'**administration** d'aide médicale à mourir – Partie 1 – AH-882-2 DT9233 (2015-12) Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying* – Part 1 – AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des **conditions** pour obtenir l'aide médicale à mourir – AH-883 DT9234 (2015-12) Version en anglais : *Opinion of second physician regarding the* ***fulfillment*** *of criteria for obtaining medical aid in dying* – AH-883A DT9242 (2015-12)

Dossier médical de la personne

4.4.4 Agrément | Suites des recommandations

Au cours de l'année 2015-2016, 12 installations sur 14 faisaient l'objet de travaux en lien avec les recommandations reçues par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) a assuré le suivi de ces travaux en collaboration avec les directions concernées.

En date du 31 mars 2016, parmi les 12 installations ayant des suivis attendus au cours de l'année, les remises de preuves ont été acceptées complètement pour quatre d'entre elles; les huit autres requérant des suivis supplémentaires au cours de l'année 2016-2017.

L'établissement s'est conformé aux exigences émises par les organismes d'agrément. Certains suivis seront réalisés lors de la visite d'agrément prévue en octobre 2016.

VISITE D'AGRÉMENT DU 16 AU 21 OCTOBRE 2016

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) coordonne la démarche qualité du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; une démarche importante à laquelle collaborent étroitement plusieurs directions de l'établissement.

En vue de la visite prévue du 16 au 21 octobre 2016, une multitude d'actions ont déjà été posées et diverses activités réalisées au cours des derniers mois.

RÉALISATIONS

- Lancement de la démarche d'agrément du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, au cours de l'automne 2016;
- Mise en place du comité agrément 2016 dont le mandat consiste à s'assurer de l'actualisation des modalités entourant la préparation et la réalisation de la démarche d'agrément 2016 de l'établissement;
- Mise en place d'une structure de gouverne pour la démarche qualité approuvée par le comité agrément 2016 et adoptée par le comité de coordination interdirections;
- Présentation de la démarche à différentes instances pour soutenir la diffusion et l'intégration des grandes étapes de cet important processus et adoption par le conseil d'administration lors de la séance du 4 février 2016;
- Identification des directions responsables pour chaque catégorie de normes évaluée en 2016 et en 2018;
- Poursuite des travaux afin de réaliser les suivis exigés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément (CQA) pour les anciens établissements;
- Élaboration d'un plan de communication et déploiement des premières étapes;
- Amorce d'un plan d'action avec les 27 lots identifiés dans la structure de gouverne;
- Déploiement du sondage sur la culture de sécurité des usagers du 18 janvier au 12 février 2016 et analyse des résultats;
- Début des travaux sur les pratiques organisationnelles requises (POR) et sur l'identification des directions impliquées;

PROCHAINES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE QUALITÉ 2016

État de situation sur les POR et les normes

Pour chacune des normes évaluées en 2016 et pour l'ensemble des POR, une personne répondante a été identifiée avec le directeur et le directeur adjoint de la direction responsable. La personne répondante sera soutenue et travaillera en étroite collaboration avec une cadre en amélioration continue de la qualité de la DQÉPÉ, et ce, tout au long du processus. En juin et au cours de l'été 2016, les plans d'amélioration de la qualité seront élaborés.

Sondage sur la culture de sécurité des usagers.

Diffusion à l'interne des résultats, élaboration et réalisation d'un plan d'amélioration.

Poursuite du déploiement de différents outils et stratégies-modalités de communication auprès de l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Poursuite des travaux en lien avec la planification du sondage sur le degré de mobilisation du personnel et sur la préparation de la logistique de la visite

La DQÉPÉ assurera la coordination des travaux des 27 lots qui sont en cours

Normes évaluées lors de la visite d'octobre 2016	
Gouvernance	Soins et services à domicile
Leadership	Services palliatifs et services de fin de vie
Prévention et contrôle des infections	Services d'urgence
Gestion des médicaments	Services périopératoires et interventions invasives
Santé et bien-être de la population	Services de soins intensifs
Services de santé publique	Retraitement et stérilisation des appareils médicaux réutilisables
Services de médecine (unités de gériatrie SAPA)	Don d'organes et de tissus (donneurs décédés)
Services de médecine (Santé physique)	Don d'organes et de tissus (donneurs vivants)
Soins de longue durée	Transplantation d'organes et de tissus

4.4.5 Sécurité des soins et services

ACTIONS RÉALISÉES

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) est responsable de la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers de l'Estrie. En collaboration avec les directions cliniques concernées et les comités de gestion des risques toujours en fonction, les cadres et les professionnels de la DQÉPÉ se sont assurés de la poursuite de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents dans les différentes installations de l'établissement.

La DQÉPÉ a offert un accompagnement personnalisé aux intervenants le nécessitant afin qu'à travers le processus de transformation, le maintien de ces activités se réalise, et ce, de la façon la plus optimale possible.

PRINCIPAUX CONSTATS

Chaque installation constituant maintenant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS avait antérieurement un système de suivi des mesures de contrôle, informatisé ou non. Les méthodes de compilation et d'analyse des données diffèrent d'une installation à l'autre, ce qui limite la capacité de l'établissement à rendre des données statistiques comparables. De ce fait, et partant des résultats de chacune des installations, un constat général s'est dégagé des trois éléments suivants :

1. Taux d'usagers ayant eu une mesure de contrôle

   La majorité des installations ont observé un taux stable du nombre d'usagers ayant eu une contention par rapport à l'année 2014-2015. Certaines ont noté une légère augmentation de ce taux et une autre, une baisse de 5 %.

2. Motif principal d'utilisation d'une mesure de contrôle

   Le risque de chute grave demeure le motif principal d'utilisation d'une mesure de contrôle pour la majorité des installations.

3. Types de mesures de contrôle utilisés

Ils diffèrent d'une installation à l'autre selon leur mission (usagers en soins aigus versus usagers hébergés en soins de longue durée). Les installations ont déclaré utiliser les mêmes types de mesures de contrôle dans une proportion similaire à 2014-2015. La contention abdominale s'avère l'une des mesures de contrôle le plus souvent utilisée.

CORRECTIFS MIS EN PLACE

Au cours de l'année 2015-2016, l'établissement a reçu huit rapports du Bureau du coroner s'adressant à différentes directions. Deux de ces rapports ne nécessitaient aucun suivi. En ce qui a trait aux rapports contenant des recommandations, la DQÉPÉ s'est assurée que les directions concernées mettent en place les mesures nécessaires afin d'actualiser les recommandations. Au 31 mars 2016, le suivi a été transmis au Bureau du coroner pour trois de ces six rapports. Les démarches se poursuivent pour l'autre moitié.

4.4.6 Personnes mises sous garde

NOMBRE DE MISES SOUS GARDE PRÉVENTIVES OU PROVISOIRES

Installations du RLS de la Haute-Yamaska	Installations du RLS de la Pommeraie	Installations du RLS d'Asbestos	Installations du RLS de Coaticook	Installations du RLS de Memphrémagog	Installations du RLS de Sherbrooke	Installations du RLS du Granit	Installations du RLS du Haut-Saint-François	Installations du Val-Saint-François
201[1]	42	2	s. o.	4	450	2	nd	s. o.

[1] : mises sous garde préventive, comptabilisées de manière non exhaustive.

NOMBRE DE MISES SOUS GARDE AUTORISÉES EN VERTU DE L'ARTICLE 30 DU CODE CIVIL

Installations du RLS de la Haute-Yamaska	Installations du RLS de la Pommeraie	Installations du RLS d'Asbestos	Installation du RLS de Coaticook	Installations du RLS de Memphrémagog	Installations du RLS de Sherbrooke	Installations du RLS du Granit	Installations du RLS du Haut-Saint-François	Installations du Val-Saint-François
17 gardes provisoires en vue d'effectuer une évaluation psychiatrique 66 gardes en installations	nd	s. o.	s. o.	s. o.	96	s. o.	nd	s. o.

NOMBRE DE DEMANDES DE MISES SOUS GARDE PRÉSENTÉES AU TRIBUNAL PAR L'ÉTABLISSEMENT

Installations du RLS de la Haute-Yamaska	Installations du RLS de la Pommeraie	Installations du RLS d'Asbestos	Installation du RLS de Coaticook	Installations du RLS de Memphrémagog	Installations du RLS de Sherbrooke	Installations du RLS du Granit	Installations du RLS du Haut-Saint-François	Installations du Val-Saint-François
nd	nd	s. o.	s. o.	s. o.	96	s. o.	nd	s. o.

NOMBRE D'USAGERS DIFFÉRENTS VISÉS PAR UNE MISE SOUS GARDE PRÉVENTIVE, PROVISOIRE OU AUTORISÉE

Installations du RLS de la Haute-Yamaska	Installations du RLS de la Pommeraie	Installations du RLS d'Asbestos	Installation du RLS de Coaticook	Installations du RLS de Memphrémagog	Installations du RLS de Sherbrooke	Installations du RLS du Granit	Installations du RLS du Haut-Saint-François	Installations du Val-Saint-François
nd	37	2	s. o.	4	280	2	nd	s. o.

4.5 BÂTIR POUR ET AVEC LE PERSONNEL, LES MÉDECINS, LES GESTIONNAIRES, LES PARTENAIRES, LES BÉNÉVOLES ET LES COMMUNAUTÉS — AXE 5

4.5.1 Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultat 2015-2016
4.5.1.1 Ratio d'heures d'assurance salaire	nd	< 6 09 %	6,51 %
4.5.1.2 Taux d'heures supplémentaires	nd	< 3,18 %	2,87 %
4.1.5.3 Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	nd	0,43 %	0,45 %

COMMENTAIRES

4.5.1.1 : Nous observons une légère hausse du taux d'assurance salaire au cours de la dernière année. Dans les mécanismes de support de gestion en place, il y a des suivis effectués par nos médecins-conseils, des expertises médicales avec divers spécialistes, des arbitrages médicaux, de l'accompagnement effectué lors de retour au travail. Des travaux ont été amorcés pour la mise en place d'un plan d'action en prévention et en gestion intégrée de la présence au travail afin de mieux soutenir l'organisation dans la gestion intégrée de la présence au travail. Sans compter les impacts attribuables à la transformation.

4.5.1.2 : Engagements 2015-2016 atteints. Les heures supplémentaires sont surtout effectuées par les titres d'emploi d'infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. Le taux d'heures supplémentaires a diminué dans la dernière année, et ce principalement en raison de la baisse importante constatée à l'installation CHUS; résultante des travaux majeurs de PMO et d'organisation du travail réalisés. Le poids des heures dans cette installation étant important, son influence se dégage des résultats 2015-2016.

4.5.1.3 : Le taux d'utilisation de main-d'œuvre indépendante (MOI) est très faible dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

4.5.2 Développer une culture axée sur la mobilisation

PROJET ORGANISATIONNEL

Développer une culture organisationnelle axée sur la mobilisation de tous ses acteurs pour soutenir la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

L'actualisation de la Loi 10 fusionnant l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région de l'Estrie et l'ajout de deux établissements de la Montérégie a nécessité de :

- rassembler l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (gestionnaires, employés, médecins, chercheurs et instances participatives) autour d'une vision et d'un projet organisationnel communs et partagés;
- maintenir la mobilisation des équipes de travail pour assurer des soins et services accessibles, sécuritaires et de qualité à la population durant ce grand réaménagement;
- compter sur nos gestionnaires afin qu'ils soient des agents de changement et des ambassadeurs auprès de leurs équipes pour donner du sens à cette restructuration.

OBJECTIFS

L'organisation poursuivra ses démarches pour partager le sens donné à la réorganisation et permettre son appropriation afin que, d'ici avril 2017, toute la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, instances participatives) soit mobilisée autour d'un projet organisationnel commun où la contribution de chacun est encouragée et soutenue.

Pour y arriver, nous visons plus spécifiquement à ce que :

Les gestionnaires...

- s'approprient le sens donné à la transformation et y contribuent;
- assument un rôle de leader transformationnel, d'ambassadeur auprès de leurs équipes.

Les instances...

- adhèrent aux orientations de l'organisation;
- contribuent à dénouer certains enjeux d'intérêts communs.

Les employés...

- développent un sentiment d'appartenance envers la nouvelle organisation;
- œuvrent dans un milieu sain et sécuritaire qui contribuera à réduire les coûts associés à l'absentéisme.

RÉALISATIONS

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
1. Rapports d'analyse de la mobilisation et du climat de travail auprès des gestionnaires	1er décembre 2015	Complété
2 a. Programmation pour les gestionnaires (formation...)	1er décembre 2015	Première phase réalisée jusqu'en juin 2016

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
2 b. Politique et outils d'appréciation de la contribution des gestionnaires	1er mars 2016	Réalisé pour les gestionnaires administratifs, en cours de développement pour les gestionnaires cliniques
3. Démarche de partenariat avec les instances participatives	1er janvier 2016	En continu
4 a. Programmation pour les employés (reconnaissance...)	Hiver 2016	
4 b. Politique et outils d'appréciation de la contribution des employés	1er octobre 2016	
5. Plan de communication	1er novembre 2015	En continu

COMMENTAIRES

- Un sondage auprès de l'ensemble des gestionnaires nous a permis de prendre connaissance de leur niveau de mobilisation. Un suivi systématique a été réalisé de façon à atténuer les obstacles et soutenir les gestionnaires dans ce changement.
- Diverses activités ont été organisées pour accompagner les gestionnaires dans le changement, notamment l'élaboration d'un cahier de bord et ainsi qu'un atelier de réflexion permettant à chacun de préparer son départ du poste qu'il occupait et de planifier son arrivée dans la nouvelle structure. Des plus des activités d'intégration et d'orientation ont été déployées pour les nouveaux cadres nommés.
- Plusieurs activités et outils de communication ont été élaborés et diffusés à l'ensemble de la communauté pour permettre une meilleure compréhension du changement des actions réalisées et des étapes à venir.
- Des actions de communication et de mobilisation particulières ont été réalisées pour les cadres, notamment un forum en présence pour donner suite aux résultats du sondage et les sensibiliser sur l'importance de leur rôle dans cette transformation. Des visioconférences, environ à toutes les six semaines, ont eu lieu pour permettre un lien de communication avec la direction générale.

4.6 INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE — AXE 6

Compte tenu de la transformation et de la réorganisation en cours, l'établissement bénéficie de l'opportunité de repenser l'intégration de la mission universitaire au sein des nouvelles structures et instances de gouvernance. La finalité de cette démarche vise principalement à favoriser l'intégration de la mission universitaire dans les trajectoires de soins et services ainsi qu'à contribuer à l'amélioration de la performance et du rayonnement de l'établissement.

Afin de mieux soutenir les trajectoires et ainsi permettre aux parties prenantes de travailler en synergie et en complémentarité, la Direction administrative de la recherche (DAR) a procédé à l'élaboration de sa structure de gouverne et de mécanismes de concertation.

ALIMENTER ET SOUTENIR LES PROJETS PERTINENTS LIÉS AUX BESOINS DES TRAJECTOIRES

L'actualisation de l'offre de service liée à chacun des six volets de la mission universitaire (recherche, enseignement, ETMIS, transfert des connaissances et pratiques de pointe et rayonnement) permettra également de créer des canaux d'échanges et de collaboration avec les milieux de soins et services.

Enfin, la DAR veillera aussi à se doter d'un cadre de référence de la mission universitaire et d'un contrat d'affiliation, et ce, dans le but de s'assurer de sa prise en compte dans l'élaboration de l'ensemble des politiques de l'établissement et de ses partenaires.

OBJECTIFS

La Direction administrative de la recherche oriente ses actions vers une compréhension partagée et une vision commune de chacune des composantes de la mission universitaire par les parties prenantes de l'établissement. Elle voit à déployer une structure de gouverne et de mécanismes de concertation permettant de travailler en synergie et en complémentarité afin de soutenir les trajectoires de soins et services.

La programmation de recherche du Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) veille à répondre aux besoins et priorités de chacune des trajectoires de soins et services de l'établissement. Les structures, les processus et les politiques qui seront mis en place reposent à la fois sur les données probantes issues de la recherche et sur l'identification des meilleures pratiques de nos différentes installations.

RÉALISATIONS

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
A3 stratégique		Complété
A3 tactique – Volet Recherche	Octobre 2016	En cours
A3 tactique – Volet Enseignement	Octobre 2016	En cours
A3 tactique – Volet Rayonnement	Octobre 2016	En cours

Liste des principaux livrables	Échéancier	État d'avancement
A3 tactique – Volets transfert des connaissances et pratiques de pointe	Octobre 2016	En cours
A3 tactique – ETMISSS	Octobre 2016	En cours
Plan de déploiement de la DAR et de son offre de service (Plan d'organisation)		100 %
Structure de gouverne		100 %
Budget 2016-2017 et PMO (planification de la main- d'œuvre)		90 %
Indicateurs de performance – mission universitaire		10 %
Structure IUPLSSS		90 %
Rapport – Projet de recherche « Intégration de la mission universitaire dans les trajectoires de soins et services » par Jean-Louis Denis		30 %
Politique enseignement	Septembre 2016	80 %
Rapport d'étape – Fiche 28 du MSSS (Éthique de la recherche)	1er juillet 2016	90 %

COMMENTAIRES

La Direction administrative de la recherche assure un soutien aux opérations courantes, sans ressource, en attendant le déploiement des structures des équipes correspondant aux cibles budgétaires.

Les demandes de financement auprès du MSSS et du FRQS (Fonds de recherche du Québec – Santé) pour l'IUPLSSS ont été obtenues.

En ce qui concerne les travaux du chantier en éthique pour la fiche 28 à présenter au MSSS, une proposition d'optimisation des ressources sera soumise au C. A. le 14 juin 2016. Les deux comités d'éthique (CHUS et CSSS-IUGS) formeront alors le comité d'éthique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

En collaboration avec la DAR, le projet *Évaluation de l'intégration de la mission universitaire dans les trajectoires de soins et services*, sous la gouverne du professeur Jean-Louis Denis, du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne, est actuellement en cours. Il vise à déterminer si l'intégration de divers volets de la mission universitaire tout au long du continuum de soins et services ainsi que l'intégration d'un CHU dans un CIUSSS contribue à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins et services. Le rapport final est prévu pour le 31 mai 2017. À noter qu'en fonction des résultats obtenus, ce projet pourrait s'inscrire en complémentarité à l'évaluation ministérielle sur la mise en place de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales et appuyer le modèle d'intégration de la mission universitaire privilégié par notre établissement.

La DAR soutient également un second projet transversal à notre établissement intitulé *Création, adaptation et régulation de leviers de collaboration interdirections en contexte de transformation organisationnelle*. Ce dernier se déroule sous la gouverne de la chercheure principale, Lucie Houle, du département de management et de gestion des ressources humaines de l'Université de Sherbrooke. L'objet de l'étude de type recherche-action demeure l'accompagnement stratégique des dirigeants du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin de doter l'organisation de mécanismes optimaux (efficaces et efficients) de collaboration par l'examen en temps réel du travail relationnel des dirigeants, notamment en regard des actions réalisées pour stimuler et soutenir

la collaboration interdirections en contexte de transformation organisationnelle intense et complexe. La durée estimée du projet est de deux ans.

5. Données financières

5.1 ÉTATS FINANCIERS

5.1.1 Rapport de la direction

Les états financiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Mme Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

M. Pierre-Albert Coubat
Directeur des ressources financière

5.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
Cité du Parc
1802, rue King Ouest
Bureau 300
Sherbrooke QC J1J 0A2
Canada

Tél. : 819 823-1616
Téléc : 819 564-8078
www.deloitte.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aux membres du conseil d'administration de
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016, ainsi que les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserve.

Fondement de l'opinion avec réserve

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS au 31 mars 2016, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets (sa dette nette), des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autre point

Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 1 des états financiers, qui indique que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes inter-établissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS et à partir desquels a été créé le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Rapport relatif à d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

[1]

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.

Le 14 juin 2016

[1] CPA auditrice, CA permis de comptabilité publique nº A114812

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITEE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex. Courant (R. de P.358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex courant C2+C3	Total Ex préc.
REVENUS		1	2	3	4	5
Subventions MSSS (FI:P408)	1	1 157 878 320	1 116 809 802	61 676 970	1 178 486 772	1 171 795 130
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	1 694 926	1 170 427	69 331	1 239 758	1 391 892
Contributions des usagers	3	66 899 149	68 484 329	XXXX	68 484 329	66 074 375
Ventes de services et recouvrements	4	17 807 231	16 003 193	XXXX	16 003 193	18 720 025
Donations (FI:P294)	5	6 502 991	2 528 417	4 631 603	7 160 020	6 633 536
Revenus de placement (FI:P302)	6	653 505	571 472	113 103	684 575	988 329
Revenus de type commercial	7	4 056 677	3 229 935	138 048	3 367 983	3 598 385
Gain sur disposition (FI:P302)	8	50 000		430 861	430 861	769 486
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	83 244 312	80 055 506	1 950 486	82 005 992	83 330 019
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 338 787 111	1 288 853 081	69 010 402	1 357 863 483	1 353 301 177
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	887 744 542	921 286 351	XXXX	921 286 351	912 624 988
Médicaments	14	34 611 113	34 508 536	XXXX	34 508 536	34 382 008
Produits sanguins	15	18 029 279	17 978 925	XXXX	17 978 925	17 282 309
Fournitures médicales et chirurgicales	16	56 279 957	60 050 805	XXXX	60 050 805	58 846 390
Denrées alimentaires	17	10 859 949	10 852 846	XXXX	10 852 846	10 803 736
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	56 718 086	59 574 094	XXXX	59 574 094	55 912 386
Frais financiers (FI:P325)	19	16 443 836	195 354	17 465 999	17 661 353	18 164 673
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	19 055 861	29 004 476	5 297 764	34 302 240	20 675 657
Créances douteuses	21	430 000	693 761	XXXX	693 761	514 396
Loyers	22	13 033 785	12 919 059	XXXX	12 919 059	12 662 904
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	42 657 988	XXXX	45 842 614	45 842 614	45 133 393
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	450 000	XXXX	222 967	222 967	537 575
Dépenses de transfert	25		24 944 887	XXXX	24 944 887	33 874 424
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	183 189 324	116 524 747	113 312	116 368 059	145 026 475
TOTAL (L.13 à L.27)	28	1 339 503 720	1 288 263 841	68 942 656	1 357 206 497	1 366 444 314
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(716 609)	589 240	67 746	656 986	(13 143 137)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(15 132 040)	40 086 073	24 954 033	38 097 170	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(15 132 040)	40 086 073	24 954 033	38 097 170	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	589 240	67 746	656 986	(13 143 137)	
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(14 542 800)	40 153 819	25 611 019	24 954 033	
Constitués des éléments suivants: Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	11 516 857	1 909 132	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	14 094 162	23 044 901	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	25 611 019	24 954 033	

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITEE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

		Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisation	Total Ex. courant (C1+C2)	Total Ex. préc.
ACTIFS FINANCIERS		1	2	3	4
Encaisse (découvert bancaire)	1	43 500 942	13 142 386	56 643 328	63 715 020
Placements temporaires	2	1 181 466		1 181 466	23 548 125
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	56 139 219	4 371 124	60 510 343	56 810 955
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	24 456 979	3 819 291	28 276 270	26 205 153
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			25 482 957
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(6 029 240)	6 029 240	-	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	82 581 957	154 947 788	237 529 745	231 501 654
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 799 221	1 799 221	1 902 889
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	3 402 881	8 752	3 411 633	2 338 819
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	205 234 204	184 117 802	389 352 006	431 505 572
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		61 697 274	61 697 274	88 145 248
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	101 842 154	6 096 850	107 939 004	127 264 458
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			32 284 361
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		4 400 926	4 400 926	4 603 886
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	28 535 579	68 002 351	96 537 930	95 352 152
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	622 244 210	622 244 210	580 128 979
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	16 875	16 875	16 875
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	107 172 523	XXXX	107 172 523	104 565 829
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	2 696 724	66 994	2 763 718	2 781 546
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	240 246 980	762 525 480	1 002 772 460	1 035 143 334
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(35 012 776)	(578 407 678)	(613 420 454)	(603 637 762)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	618 561 497	618 561 497	606 883 040
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	14 516 990	XXXX	14 516 990	14 331 627
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	5 952 986		5 952 986	7 377 128
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	20 469 976	618 561 497	639 031 473	628 591 795
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		0		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(14 542 800)	40 153 819	25 611 019	24 954 033

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2: Établissements publics seulement
Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total Ex. courant (C2+C3)	Total - Ex. précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(541 586 168)	(36 567 492)	(567 070 270)	(603 637 762)	(566 686 316)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(541 586 168)	(36 567 492)	(567 070 270)	(603 637 762)	(566 686 316)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(716 609)	589 240	67 746	656 986	(13 143 137)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS: Acquisitions (FI:P421)	6	(55 482 746)	XXXX	(58 720 093)	(58 720 093)	(67 960 617)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	42 657 988	XXXX	45 842 614	45 842 614	45 133 393
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8	100 000	XXXX	(207 894)	(207 894)	(231 911)
Produits sur dispositions (FI:P208)	9	50 000	XXXX	1 404 202	1 404 202	805 383
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	2 714	2 714	(3 000)
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(12 674 758)	0	(11 678 457)	(11 678 457)	(22 256 752)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE: Acquisition de stocks de fournitures	15		(185 363)	XXXX	(185 363)	(4 788 622)
Acquisition de frais payés d'avance	16					(3 955 119)
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		4 840 685
Utilisation de frais payés d'avance	18		1 150 839	273 303	1 424 142	2 351 499
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		965 476	273 303	1 238 779	(1 551 557)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(13 391 367)	1 554 716	(11 337 408)	(9 782 692)	(36 951 446)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(554 977 535)	(35 012 776)	(578 407 678)	(613 420 454)	(603 637 762)

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITEE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	656 986	(13 143 137)
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	1 238 779	(1 551 557)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(207 894)	(231 911)
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6	(69 331)	
- Autres	7	(6 715 787)	3 230 117
Amortissement des immobilisations	8	45 842 614	45 133 393
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	517 393	118 047
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		87 557
Subventions MSSS	12	(6 150 479)	(8 945 202)
Autres (préciser P297)	13	2 714	(2 621 645)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	34 458 009	35 218 799
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(20 123 155)	41 882 323
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	14 991 840	63 957 985
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(61 501 650)	(65 362 689)
Produits de disposition d'immobilisations	18	1 404 202	805 383
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(60 097 448)	(64 557 306)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	18 823 507	(2 438 176)
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	18 823 507	(2 438 176)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	78 852 236	126 270 990
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(36 737 005)	(116 385 324)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(3 000 000)	(25 200 000)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	21 812 905	183 587 435
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(45 260 879)	(172 561 602)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7		
Autres (préciser P297)	8		(1 430)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	15 667 257	(4 289 931)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(10 614 844)	(7 327 428)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	67 258 172	74 585 600
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	56 643 328	67 258 172
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	13	56 643 328	63 715 020
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14		3 543 152
TOTAL (L.13 + L.14)	15	56 643 328	67 258 172

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITEE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Débiteurs - MSSS	1	(3 699 388)	39 140 146
Autres débiteurs	2	(2 071 117)	(192 845)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	122 388	(1 922 926)
Frais reportés liés aux dettes	4	(413 725)	(549 686)
Autres éléments d'actifs	5	(1 072 814)	243 760
Créditeurs - MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(16 543 897)	(49 277)
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(6 801 404)	(415 655)
Intérêts courus à payer	9	(202 960)	(427 716)
Revenus reportés	10	7 970 896	3 304 064
Passif au titre des sites contaminés	11		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	2 606 694	2 545 473
Autres éléments de passifs	13	(17 828)	206 985
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(20 123 155)	41 882 323

AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	6 039 930	8 821 487
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17	(6 150 479)	

Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18	(684 575)	(1 298 563)
Intérêts encaissés (revenus)	19	831 048	2 846 231
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	17 143 960	9 511 453
Intérêts déboursés (dépenses)	21	(17 151 566)	12 083 239

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
REVENUS		1	2	3	4	5
Subventions MSSS (P362)	1	1 100 045 757	1 112 577 911	4 231 891	1 116 809 802	1 107 944 212
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	1 685 726	96 833	1 073 594	1 170 427	1 382 775
Contributions des usagers (P301)	3	66 899 149	68 484 329	XXXX	68 484 329	66 074 375
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	17 807 231	16 003 193	XXXX	16 003 193	18 720 025
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	2 460 629	1 112 249	1 416 168	2 528 417	2 326 330
Revenus de placement (P302)	6	498 505	571 472		571 472	809 797
Revenus de type commercial (P351)	7	4 056 677	XXXX	3 229 935	3 229 935	3 598 385
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	81 079 028	6 107 420	73 948 086	80 055 506	81 082 918
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 274 532 702	1 204 953 407	83 899 674	1 288 853 081	1 281 938 817
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges	13	887 744 542	853 918 525	67 367 826	921 286 351	912 197 413
Médicaments (P750)	14	34 611 113	34 508 536	XXXX	34 508 536	34 382 008
Produits sanguins	15	18 029 279	17 978 925	XXXX	17 978 925	17 282 309
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	56 279 957	60 050 805	XXXX	60 050 805	58 846 390
Denrées alimentaires	17	10 859 949	10 852 846	XXXX	10 852 846	10 803 736
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	56 718 086	59 574 094	XXXX	59 574 094	55 912 386
Frais financiers (P325)	19	483 602	195 354	XXXX	195 354	526 942
Entretien et réparations (P325)	20	13 806 296	27 829 188	1 175 288	29 004 476	14 407 460
Créances douteuses (C2:P301)	21	430 000	693 761		693 761	517 396
Loyers	22	13 033 785	12 417 846	501 213	12 919 059	12 662 904
Dépenses de transfert (P325)	23		24 944 887		24 944 887	33 874 424
Autres charges (P325)	24	182 773 454	102 403 356	13 851 391	116 254 747	144 510 243
TOTAL (L.13 à L.24)	25	1 274 770 063	1 205 368 123	82 895 718	1 288 263 841	1 295 923 611
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(237 361)	(414 716)	1 003 956	589 240	(13 984 794)

Fonds d'exploitation-Activités principales exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITEE

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

SANTÉ PUBLIQUE		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	1	7 060 618	XXXX	XXXX
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	2	1 257 392	XXXX	XXXX
4130 Maladies infectieuses	3	2 045 584	XXXX	XXXX
4140 Autres activités de santé publique	4	22 015	XXXX	XXXX
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	5	2 331 052	XXXX	XXXX
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	6		XXXX	XXXX
6540 Services dentaires préventifs	7	1 027 919	XXXX	XXXX
6761 Surveillance continue de l'état de santé de la population	8	316 613	XXXX	XXXX
6762 Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes	9	456 988	XXXX	XXXX
6763 Promotion de la santé et du bien-être	10	263 717	XXXX	XXXX
6764 Protection de la santé	11	613 976	XXXX	XXXX
6765 Fonctions de soutien	12	172 849	XXXX	XXXX
7157 Gestion et soutien aux programmes santé publique	13	711 581	XXXX	XXXX
7984 Activités spéciales - Santé publique	14		XXXX	XXXX
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	15	6 976	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	74 620	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	17	354 182	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	18		XXXX	XXXX
TOTAL - SANTÉ PUBLIQUE (L.01 à L.18)	19	16 716 082	XXXX	XXXX

SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE				
5960 Autres services téléphoniques régionaux	20		XXXX	XXXX
5970 Info-social	21		XXXX	XXXX
5980 Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille ou de cliniques-réseau	22	7 882 271	XXXX	XXXX
5990 Pratique des sages-femmes	23	1 218 418	XXXX	XXXX
6090 Info santé 8-1-1	24	1 976 213	XXXX	XXXX
6304 Unité de médecine familiale-Groupe de médecine de famille universitaire (UMF/GMF-U)	25	915 878	XXXX	XXXX
6308 Services de santé courants (hors territoire)	26	102 295	XXXX	XXXX
6460 Services aux revendicateurs du statut de réfugié	27	492 513	XXXX	XXXX
6510 Santé parentale et infantile	28	3 239 975	XXXX	XXXX
6562 Services psychosociaux - Autres que SAD	29	5 012 844	XXXX	XXXX
6568 Services psychosociaux (hors territoire)	30		XXXX	XXXX
6590 Santé scolaire	31	2 078 520	XXXX	XXXX
7154 Gestion et soutien d'une centrale	32	185 010	XXXX	XXXX
7981 Activités spéciales - Services généraux	33		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	34	22 312 501	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	35	4 420 179	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	36		XXXX	XXXX
TOTAL - SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (L.20 à L.36)	37	49 836 617	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1-C.2)
		1	2	3
5514 Ressources intermédiaires - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	1	11 009 574	XXXX	XXXX
5534 Résidences d'accueil - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	2	509 441	XXXX	XXXX
5544 Autres ressources - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	3	7 570 414	XXXX	XXXX
5554 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SAPA	4	917 693	XXXX	XXXX
6058 Gériatrie active	5	6 034 830	XXXX	XXXX
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	6	48 061 824	XXXX	XXXX
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	7	60 526 502	XXXX	XXXX
6174 Soins infirmiers à domicile continus	8	158 468	XXXX	XXXX
6290 Hôpital de jour gériatrique	9	587 124	XXXX	XXXX
6380 Services ambulatoires en psychogériatrie	10	113 636	XXXX	XXXX
6532 Aide à domicile continue	11	200 234	XXXX	XXXX
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	12	2 371 057	XXXX	XXXX
6988 Foyers de groupe - Perte d'autonomie liée au vieillissement	13		XXXX	XXXX
7120 Intervention communautaire - SAD	14	736 773	XXXX	XXXX
7985 Activités spéciales - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	15		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	64 658 763	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	17	3 024 195	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	18		XXXX	XXXX
TOTAL - SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (L.01 à L.18)	19	206 480 528	XXXX	XXXX

Fonds d'exploitation-Activités principales exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITEE

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

DÉFICIENCE PHYSIQUE		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
5517 Ressources intermédiaires - Déficience physique	1	1 886 950	XXXX	XXXX
5527 Familles d'accueil - Déficience physique	2		XXXX	XXXX
5537 Résidences d'accueil - Déficience physique	3	351 401	XXXX	XXXX
5547 Autres ressources - Déficience physique	4	1 279 142	XXXX	XXXX
5557 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-DP	5		XXXX	XXXX
6321 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - Déficience motrice	6		XXXX	XXXX
6801 Pharmacie - Déficience motrice	7	81 707	XXXX	XXXX
6973 Centre de jour - Déficience physique	8		XXXX	XXXX
6984 Foyers de groupe - Déficience physique	9		XXXX	XXXX
7012 Atelier du travail - Déficience physique	10	33 377	XXXX	XXXX
7022 Support des stages en milieu de travail - Déficience physique	11	4 370	XXXX	XXXX
7032 Intégration à l'emploi - Déficience physique	12		XXXX	XXXX
7042 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience physique)	13		XXXX	XXXX
7052 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Déficience physique	14	19 987	XXXX	XXXX
7081 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique	15	345 078	XXXX	XXXX
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Déficience physique	16		XXXX	XXXX
7391 Déplacement des personnes ayant une déficience physique	17	52 515	XXXX	XXXX
7987 Activités spéciales - Déficience physique	18		XXXX	XXXX
8002 Évaluation, expertise et orientation - Déficience physique	19	138 842	XXXX	XXXX
8010 Plan de services individualisé - Déficience physique	20		XXXX	XXXX
8060 Adaptation / réadaptation - Déficience visuelle	21	442 357	XXXX	XXXX
8070 Adaptation / réadaptation - Déficience auditive	22	719 326	XXXX	XXXX
8080 Adaptation / réadaptation - Déficience du langage et de la parole	23	1 321 916	XXXX	XXXX
8090 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique	24		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	24 614 718	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	26	181 857	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	27		XXXX	XXXX
TOTAL - DÉFICIENCE PHYSIQUE (L.01 À L.27)	28	31 473 543	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C1-C2)
		1	2	3
5516 Ressources intermédiaires - DI et TSA	1	1 759 841	XXXX	XXXX
5526 Familles d'accueil - DI et TSA	2	442 035	XXXX	XXXX
5536 Résidences d'accueil - DI et TSA	3	12 057 326	XXXX	XXXX
5546 Autres ressources - DI et TSA	4	708 308	XXXX	XXXX
5556 Suivi professionnel des usagers en RNI - DI et TSA	5	7 271	XXXX	XXXX
6910 Services d'assistance éducative spécialisée à la famille et aux proches - Déficience intellectuelle et TED	6		XXXX	XXXX
6920 Services de soutien spécialisé aux partenaires - Déficience intellectuelle et TED	7		XXXX	XXXX
6945 Internat - Déficience intellectuelle et TED	8		XXXX	XXXX
6983 Foyers de groupe - Déficience intellectuelle et TED	9		XXXX	XXXX
7001 Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - Déficience intellectuelle et TED	10	976 488	XXXX	XXXX
7011 Atelier de travail - Déficience intellectuelle et TED	11	165 069	XXXX	XXXX
7024 Support des stages individuels - Déficience intellectuelle et TED	12		XXXX	XXXX
7025 Support des plateaux de travail - Déficience intellectuelle et TED	13	260 846	XXXX	XXXX
7031 Intégration à l'emploi - Déficience intellectuelle et TED	14		XXXX	XXXX
7041 Ressources résidentielles - Asssistance résidentielle continue (déficience intellectuelle et TED)	15	2 087 728	XXXX	XXXX
7051 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Déficience intellectuelle et TED	16	13 066	XXXX	XXXX
7082 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience intellectuelle	17	502 767	XXXX	XXXX
7083 Soutien aux familles de personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED) - Allocations	18	311 393	XXXX	XXXX
7101 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - DI et TSA	19	716 637	XXXX	XXXX
7180 Soutien aux programmes - CRDI	20	1 456 976	XXXX	XXXX
7392 Déplacement des personnes présentant une déficience intellectuelle	21	1 400	XXXX	XXXX
7986 Activités spéciales - Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	22		XXXX	XXXX
8001 Accueil, évaluation et orientation - Déficience intellectuelle et TED	23	141 289	XXXX	XXXX
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Déficience intellectuelle et TED	24	10 933 116	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	3 408 072	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	26	252 340	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	27		XXXX	XXXX
TOTAL - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA (L.01 à L.27)	28	36 201 968	XXXX	XXXX

Fonds d'exploitation-Activités principales exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITEE

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

JEUNES EN DIFFICULTÉ		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
5100 Accueil à la jeunesse (LPJ - LSJPA - LSSSS)	1	702 789	XXXX	XXXX
5200 Évaluation/orientation et accès (LPJ - LSJPA - LSSSS)	2	3 561 584	XXXX	XXXX
5400 Assistance et support aux jeunes et à la famille (LPJ - LSJPA - LSSSS)	3	10 966 092	XXXX	XXXX
5501 Unités de vie pour jeunes - Ouverte	4	8 017 738	XXXX	XXXX
5502 Unités de vie pour jeunes - Fermée (LPJ - LSJPA)	5	1 460 198	XXXX	XXXX
5505 Unités de vie ouvertes pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (LPJ - LSSSS)	6	745 471	XXXX	XXXX
5511 Ressources intermédiaires - Jeunes en difficulté	7	386 419	XXXX	XXXX
5521 Familles d'accueil - Jeunes en difficulté	8	14 688 358	XXXX	XXXX
5541 Autres ressources - Jeunes en difficulté	9	33 552	XXXX	XXXX
5580 Postulants familles d'accueil de proximité - Jeunes en difficulté	10	440 020	XXXX	XXXX
5590 Tutelle à un enfant	11	1 326 818	XXXX	XXXX
5600 Services externes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12	645 310	XXXX	XXXX
5700 Révision des mesures (LPJ)	13	387 686	XXXX	XXXX
5810 Expertise à la Cour supérieure (LSSSS)	14	99 751	XXXX	XXXX
5820 Médiation familiale (LSSSS)	15		XXXX	XXXX
5830 Recherche d'antécédents et retrouvailles (LSSSS)	16	95 993	XXXX	XXXX
5850 Contentieux (LPJ - LSJPA - LSSSS)	17	1 058 934	XXXX	XXXX
5860 Santé des jeunes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	18	283 214	XXXX	XXXX
5870 Adoption (LSSSS)	19	938 564	XXXX	XXXX
5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	20	7 619 210	XXXX	XXXX
6989 Foyers de groupe - Jeunes en difficulté (LPJ - LSJPA - LSSSS)	21	704 227	XXXX	XXXX
7989 Activités spéciales - Jeunes en difficulté	22		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	23	3 305 567	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	24	610 351	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	25		XXXX	XXXX
TOTAL - JEUNES EN DIFFICULTÉ (L.01 à L.25)	26	58 077 846	XXXX	XXXX

DÉPENDANCES				
5515 Ressources intermédiaires - Dépendances	27		XXXX	XXXX
5525 Familles d'accueil - Dépendances	28		XXXX	XXXX
5535 Résidences d'accueil - Dépendances	29		XXXX	XXXX
5545 Autres ressources - Dépendances	30		XXXX	XXXX
6340 Désintoxication interne en milieu hospitalier	31		XXXX	XXXX
6670 Services spécialisés en toxicomanie - Usagers admis	32	1 217 773	XXXX	XXXX
6680 Services externes en toxicomanie	33	2 259 082	XXXX	XXXX
6690 Unité d'intervention brève de traitement en toxicomanie	34		XXXX	XXXX
7988 Activité spéciales - Dépendances	35		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	36	304 021	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	37	64 051	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	38		XXXX	XXXX
TOTAL - DÉPENDANCES (L.27 à L.38)	39	3 844 927	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1-C.2)
SANTÉ MENTALE		1	2	3
5410 Soutien aux services de santé mentale (LSSSS)	1	276 497	xxxx	xxxx
5504 Unités de vies ouvertes pour jeunes - Santé mentale	2		xxxx	xxxx
5513 Ressources intermédiaires - Santé mentale	3	3 821 397	xxxx	xxxx
5523 Familles d'accueil - Santé mentale	4		xxxx	xxxx
5533 Résidences d'accueil - Santé mentale	5	1 577 389	xxxx	xxxx
5543 Autres ressources - Santé mentale	6	1 373 165	xxxx	xxxx
5553 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SM	7	860 848	xxxx	xxxx
5920 Intervention et suivi de crise	8		xxxx	xxxx
5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	9	9 069 062	xxxx	xxxx
5940 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	10	4 140 682	xxxx	xxxx
6010 Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)	11	896 070	xxxx	xxxx
6020 Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes	12	13 038 759	xxxx	xxxx
6030 Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie	13		xxxx	xxxx
6100 Psychiatrie légale	14	1 454 248	xxxx	xxxx
6172 Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	15		xxxx	xxxx
6270 Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique	16		xxxx	xxxx
6280 Hôpital de jour en santé mentale	17	762 548	xxxx	xxxx
6330 Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale	18	4 798 481	xxxx	xxxx
6977 Centre de jour en santé mentale - Jeunes (0-17 ans)	19		xxxx	xxxx
6978 Centre de jour en santé mentale - Adultes (18-100 ans)	20		xxxx	xxxx
6985 Foyers de groupe en santé mentale (0-17 ans)	21		xxxx	xxxx
6986 Foyers de groupe en santé mentale - Adultes (18 - 100 ans)	22		xxxx	xxxx
7002 Centre pour activités de jour - Santé mentale	23		xxxx	xxxx
7013 Atelier de travail - Santé mentale	24	145 129	xxxx	xxxx
7023 Support des stages en milieu de travail - Santé mentale	25	46 783	xxxx	xxxx
7033 Intégration à l'emploi - Santé mentale	26		xxxx	xxxx
7043 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (santé mentale)	27		xxxx	xxxx
7053 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Santé mentale	28		xxxx	xxxx
7105 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Santé mentale	29		xxxx	xxxx
7983 Activités spéciales - Santé mentale	30		xxxx	xxxx
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	31	9 156 543	xxxx	xxxx
Charges non réparties par programmes-services	32	999 046	xxxx	xxxx
Transfert de frais généraux	33		xxxx	xxxx
TOTAL - SANTÉ MENTALE (L.01 à L.33)	34	52 416 647	xxxx	xxxx
SANTÉ PHYSIQUE				
5512 Ressources intermédiaires - Santé physique	35	17 824	xxxx	xxxx
5532 Résidences d'accueil - Santé physique	36		xxxx	xxxx
5542 Autres ressources - Santé physique	37	173 554	xxxx	xxxx
5552 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SPH	38		xxxx	xxxx
6053 Soins intensifs	39	26 244 681	xxxx	xxxx
6055 Pédiatrie	40	4 234 824	xxxx	xxxx
6057 Unité des grands brûlés	41		xxxx	xxxx
6070 Chirurgie d'un jour	42	2 490 791	xxxx	xxxx
6171 Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	43		xxxx	xxxx
SOUS-TOTAL (L.35 à L.43)	44	33 161 674	xxxx	xxxx

Fonds d'exploitation-Activités principales exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITEE

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

SANTÉ PHYSIQUE (suite)		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
Sous-total reporté (p.700-05, L.44)	1	33 161 674	XXXX	XXXX
6180 Hôtellerie hospitalière	2		XXXX	XXXX
6200 Soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatologie)	3	5 838 818	XXXX	XXXX
6250 Nutrition parentérale totale à domicile	4	157 253	XXXX	XXXX
6260 Bloc opératoire	5	46 885 036	XXXX	XXXX
6302 Consultations externes spécialisées	6	8 556 111	XXXX	XXXX
6303 Planification familiale	7	596 273	XXXX	XXXX
6309 Consultation et suivi de la procréation assistée	8		XXXX	XXXX
6322 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - CLSC et CH	9	5 676 292	XXXX	XXXX
6352 Inhalothérapie - Autres	10	9 180 512	XXXX	XXXX
6360 Centre de soins à la mère et au nouveau-né	11	13 019 642	XXXX	XXXX
6550 Services dentaires curatifs	12	22 705	XXXX	XXXX
6601 Banque de sang	13	2 159 577	XXXX	XXXX
6602 Dépistage prénatal de la trisomie 21	14		XXXX	XXXX
6604 Anatomopathologie	15	3 974 758	XXXX	XXXX
6605 Cytologie	16	960 632	XXXX	XXXX
6607 Laboratoires regroupés	17	28 092 872	XXXX	XXXX
6608 Dépistage néonatal	18	479 492	XXXX	XXXX
6609 Génétique médicale	19	2 787 666	XXXX	XXXX
6610 Physiologie respiratoire	20	1 378 063	XXXX	XXXX
6620 Sécurité tranfusionnelle et produits sanguins	21	18 233 976	XXXX	XXXX
6650 Chambre hyperbare	22		XXXX	XXXX
6710 Électrophysiologie	23	3 583 258	XXXX	XXXX
6750 Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	24	12 626 489	XXXX	XXXX
6770 Endoscopie	25	4 077 879	XXXX	XXXX
6780 Médecine nucléaire et TEP	26	5 294 577	XXXX	XXXX
6790 Dialyse	27	6 445 365	XXXX	XXXX
6806 Pharmacie en CLSC	28	676 090	XXXX	XXXX
6830 Imagerie médicale	29	29 075 301	XXXX	XXXX
6840 Radio-oncologie	30	5 839 481	XXXX	XXXX
6861 Audiologie	31	368 230	XXXX	XXXX
6863 Audiologie et orthophonie - Autres en CLSC	32		XXXX	XXXX
6864 Audiologie et orthophonie à domicile	33	6 745	XXXX	XXXX
6865 Orthophonie pour enfants en CLSC	34	1 186 798	XXXX	XXXX
6900 Réinsertion et intégration sociales (santé physique)	35		XXXX	XXXX
7060 Services d'oncologie et d'hématologie	36	4 914 648	XXXX	XXXX
7090 L'unité de médecine de jour	37	6 843 449	XXXX	XXXX
7395 Déplacement des personnes en hémodialyse	38	97 204	XXXX	XXXX
7400 Déplacement des usagers	39	6 693 281	XXXX	XXXX
7553 Nutrition clinique	40	4 173 195	XXXX	XXXX
7982 Activités spéciales - Santé physique	41		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	42	186 120 065	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	43	23 474 336	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	44		XXXX	XXXX
TOTAL - SANTÉ PHYSIQUE (L.01 à L.44)	45	482 657 743	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

ADMINISTRATION		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
6766 Direction, coordination et soutien administratif	1	805 196	XXXX	XXXX
7300 Administration générale	2	51 386 908	XXXX	XXXX
7320 Administration des services techniques	3	1 909 241	XXXX	XXXX
7340 Informatique	4	19 578 575	XXXX	XXXX
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	5	7 978 594	XXXX	XXXX
7930 Personnel en prêt de service	6		XXXX	XXXX
7992 Activités spéciales - Administration	7	14 324	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	8	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	9	1 741 991	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	10	(161 131)	XXXX	XXXX
TOTAL - ADMINISTRATION (L.01 à L.10)	11	83 253 698	XXXX	XXXX
SOUTIEN AUX SERVICES				
5900 Administration des services à la clientèle (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12	915 066	XXXX	XXXX
6000 Administration des soins	13	16 949 888	XXXX	XXXX
7200 Enseignement	14	2 796 685	XXXX	XXXX
7210 Réseau d'enseignement universitaire	15		XXXX	XXXX
7350 Gestion de l'information	16	567 626	XXXX	XXXX
7530 Réception - Archives - Télécommunications	17	29 762 425	XXXX	XXXX
7551 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience physique	18	87 021	XXXX	XXXX
7552 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience intellectuelle	19		XXXX	XXXX
7554 Alimentation - Autres	20	32 818 281	XXXX	XXXX
7600 Buanderie et lingerie	21	11 262 731	XXXX	XXXX
7930 Personnel en prêt de service	22		XXXX	XXXX
7993 Activités spéciales - Soutien aux services	23	11 280	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	24	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	25	1 155 132	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	26	(73 498)	XXXX	XXXX
TOTAL - SOUTIEN AUX SERVICES (L.12 à L.26)	27	96 252 637	XXXX	XXXX
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS				
7640 Hygiène et salubrité	28	26 796 961	XXXX	XXXX
7650 Gestion des déchets biomédicaux	29	965 066	XXXX	XXXX
7700 Fonctionnement des installations	30	29 215 491	XXXX	XXXX
7710 Sécurité	31	4 873 318	XXXX	XXXX
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/Équipement	32	25 768 065	XXXX	XXXX
7930 Personnel en prêt de service	33		XXXX	XXXX
7994 Activités spéciales - Gestion des bâtiments et des équipements	34	363 068	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	35	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	36	470 339	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	37	(296 421)	XXXX	XXXX
TOTAL - GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS (L.28 à L.37)	38	88 155 887	XXXX	XXXX
GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES	39	1 205 368 123	XXXX	XXXX

Fonds d'exploitation-Activités principales exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITEE

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

		SPUB 1	SG 2	SAPA 3	DP 4	DITSA 5	Sous-total (C1 à C5) 6
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1	xxxx	4 171	3 923	xxxx	xxxx	8 094
6051 Médecine	2	xxxx	xxxx	580 776		xxxx	580 776
6052 Chirurgie	3	xxxx	xxxx	162 775	xxxx	xxxx	162 775
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4	xxxx	xxxx	4 531 115		xxxx	4 531 115
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	5	xxxx	xxxx	xxxx		xxxx	
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6	74 620	2 629 735	11 787 510	1 381 242	118 014	15 991 121
6178 Soins infirmiers à domicile (hors-territoire)	7						
6240 L'urgence	8	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
6307 Services de santé courants	9	xxxx	8 946 778	xxxx	xxxx	xxxx	8 946 778
6351 Inhalothérapie à domicile	10	xxxx	xxxx	1 148 018	384 043	xxxx	1 532 061
6370 Enseignement scolaire	11	xxxx	xxxx	xxxx			
6390 Service de soins spirituels	12	xxxx	xxxx	411 016		xxxx	411 016
6430 Encadrement des ressources	13	xxxx	xxxx	486 912	588 946	468 928	1 544 786
6531 Aide à domicile régulière	14	xxxx	74 593	11 867 195	5 830 103	338 750	18 110 641
6561 Services psycho. à domicile	15	xxxx	309 409	7 987 382	1 883 353	1 844 052	12 024 196
6564 Psychologie	16	xxxx	15 963			xxxx	15 963
6565 Services sociaux	17	xxxx	xxxx	955 575	xxxx	xxxx	955 575
6606 Centre de prélèvements	18	xxxx	3 224 352	xxxx	xxxx	xxxx	3 224 352
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19	xxxx	xxxx	3 051 484	xxxx	xxxx	3 051 484
6804 Pharm. - Usag. hospitalisés	20	xxxx	xxxx	2 661 183	40 165	xxxx	2 701 348
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21	xxxx	xxxx	625 703	9 444	xxxx	635 147
6862 Orthophonie	22	xxxx	xxxx	xxxx		xxxx	
6870 Physiothérapie	23	xxxx	xxxx	2 637 655		xxxx	2 637 655
6880 Ergothérapie	24	xxxx	xxxx	2 706 243		xxxx	2 706 243
6890 Animation-Loisirs	25	xxxx	xxxx	2 202 625		xxxx	2 202 625
6946 Internat - Déf. physique	26	xxxx	xxxx	xxxx	1 270 606	xxxx	1 270 606
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx		
7111 Nutrition à domicile	28	xxxx	37 263	396 281	132 579	xxxx	566 123
7112 Nutrition - Autres	29	xxxx	552 054	xxxx	xxxx	xxxx	552 054
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30	xxxx	379 105	3 019 133	926 388	239 459	4 564 085
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31	xxxx	3 943 862	1 451 997		306 570	5 702 429
7153 Centre de réadaptation (Toxicomanes, DP)	32	xxxx	xxxx	xxxx	300 186	xxxx	300 186
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33		571 059	587 375			1 158 434
7161 Ergothérapie à domicile	34	xxxx	393 813	2 684 030	1 181 232	50 048	4 309 123
7162 Physiothérapie à domicile	35	xxxx	1 067 916	1 441 489	359 377	8 000	2 876 782
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36	xxxx	7 288	794 496	288 956	19 154	1 109 894
7690 Transport externe usagers	37	xxxx	xxxx	330 082		15 097	345 179
7910 Besoins spéciaux	38	xxxx	xxxx	142 089	xxxx	xxxx	142 089
7930 Personnel en prêt de serv.	39		155 140	4 701	112 829		272 670
8020 Réadap.adultes - Déf. motr.	40	xxxx	xxxx	xxxx	5 959 068	xxxx	5 959 068
8030 Réadap.enfants - Déf. motr.	41	xxxx	xxxx	xxxx	3 188 487	xxxx	3 188 487
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42	xxxx	xxxx	xxxx	777 714	xxxx	777 714
TOTAL (L.01 à L.42)	43	74 620	22 312 501	64 658 763	24 614 718	3 408 072	115 068 674

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Sous-total reporté 1	JD 2	Dép 3	SM 4	SPH 5	Total (C.1 à C.5) 6
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1	8 094	xxxx	xxxx		673 050	681 144
6051 Médecine	2	580 776	xxxx	xxxx	xxxx	7 867 865	8 448 641
6052 Chirurgie	3	162 775	xxxx	xxxx	xxxx	2 205 139	2 367 914
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4	4 531 115	xxxx	xxxx	xxxx	61 383 705	65 914 820
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	5		xxxx	xxxx	xxxx	2 016 751	2 016 751
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6	15 991 121	xxxx	xxxx	64 607	2 578 707	18 634 435
6178 Soins infirmiers à domicile (hors-territoire)	7		xxxx	xxxx			
6240 L'urgence	8	xxxx	xxxx	xxxx	3 446 296	38 825 467	42 271 763
6307 Services de santé courants	9	8 946 778	xxxx	xxxx	xxxx	1 239 208	10 185 986
6351 Inhalothérapie à domicile	10	1 532 061	xxxx	xxxx	xxxx	1 170 815	2 702 876
6370 Enseignement scolaire	11		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
6390 Service de soins spirituels	12	411 016	xxxx	xxxx	30 275	494 648	935 939
6430 Encadrement des ressources	13	1 544 786	976 080		240 781	4 780	2 766 427
6531 Aide à domicile régulière	14	18 110 641	xxxx	xxxx	148 459	521 104	18 780 204
6561 Services psycho. à domicile	15	12 024 196	xxxx	xxxx	45 790	613 303	12 683 289
6564 Psychologie	16	15 963	xxxx	xxxx	414 338	1 334 487	1 764 788
6565 Services sociaux	17	955 575	xxxx	xxxx	540 747	3 744 294	5 240 616
6606 Centre de prélèvements	18	3 224 352	xxxx	xxxx	xxxx	1 215 134	4 439 486
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19	3 051 484	xxxx	xxxx	859 092	21 636 153	25 546 729
6804 Pharm. - Usag. hospitalisés	20	2 701 348	xxxx	xxxx	749 209	18 828 606	22 279 163
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21	635 147	xxxx	xxxx	176 156	4 427 024	5 238 327
6862 Orthophonie	22		xxxx	xxxx	xxxx	800 390	800 390
6870 Physiothérapie	23	2 637 655	xxxx	xxxx		8 292 651	10 930 306
6880 Ergothérapie	24	2 706 243	xxxx	xxxx	63 864	2 609 949	5 380 056
6890 Animation-Loisirs	25	2 202 625	xxxx	xxxx		46 809	2 249 434
6946 Internat - Déf. physique	26	1 270 606	xxxx	xxxx	xxxx		1 270 606
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27			xxxx	xxxx	xxxx	
7111 Nutrition à domicile	28	566 123	xxxx	xxxx	xxxx	202 511	768 634
7112 Nutrition - Autres	29	552 054	xxxx	xxxx	xxxx	272 701	824 755
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30	4 564 085	xxxx	xxxx	20 485	435 326	5 019 896
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31	5 702 429	1 427 292	xxxx	2 151 606	1 948 347	11 229 674
7153 Centre de réadaptation (Toxicomanes, DP)	32	300 186	xxxx	304 021	xxxx	xxxx	604 207
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33	1 158 434	277 371		195 791		1 631 596
7161 Ergothérapie à domicile	34	4 309 123	xxxx	xxxx	xxxx	377 234	4 686 357
7162 Physiothérapie à domicile	35	2 876 782	xxxx	xxxx	xxxx	73 587	2 950 369
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36	1 109 894	xxxx	xxxx	9 047	33 394	1 152 335
7690 Transport externe usagers	37	345 179	624 824			49 474	1 019 477
7910 Besoins spéciaux	38	142 089	xxxx	xxxx		xxxx	142 089
7930 Personnel en prêt de serv.	39	272 670				197 452	470 122
8020 Réadap.adultes - Déf. motr.	40	5 959 068	xxxx	xxxx	xxxx		5 959 068
8030 Réadap.enfants - Déf. motr.	41	3 188 487	xxxx	xxxx	xxxx		3 188 487
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42	777 714	xxxx	xxxx	xxxx		777 714
TOTAL (L.01 à L.42)	43	115 068 674	3 305 567	304 021	9 156 543	186 120 065	313 954 870

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITEE

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		SPUB	SG	SAPA	DP	DITSA	Sous-total (C.1 à C.5)
		1	2	3	4	5	6
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1			XXXX	XXXX	XXXX	
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Transferts à l'agence	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	5	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés "achats de places"	6	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	7	XXXX	XXXX	320 759	XXXX	XXXX	320 759
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	8	XXXX	XXXX	435 991	XXXX	XXXX	435 991
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts autorisés:							
Fonds de financement	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres que F.F.	14	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	15	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	16	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Variation pour assurance-salaire	17	17 515	27 392	138 134	1 876	13 907	198 824
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les	19	XXXX	354 812	XXXX	XXXX	XXXX	354 812
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en replacement	22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution gouvernementale FTQ	26						
Rétroactivité salariale physiciens médicaux cliniques	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	28	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres	29	336 667	367 635	2 129 311	179 981	238 433	3 252 027
Allocations à des médecins en régions éloignées	30			XXXX	XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF et à des Cliniques-réseau	31	XXXX	3670340	XXXX	XXXX	XXXX	3 670 340
Services préhospitaliers d'urgence	32	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL (L.01 à L.32)	33	354 182	4 420 179	3 024 195	181 857	252 340	8 232 753

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Sous-total reporté	JD	Dép	SM	SPH	Total (C.1 à C.5)
		1	2	3	4	5	6
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1		XXXX	XXXX		49 569	49 569
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3	XXXX		XXXX	XXXX	XXXX	
Transferts à l'agence	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	5		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés "achats de places"	6		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	7	320 759	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	320 759
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	8	435 991	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	435 991
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
Intérêts sur emprunts autorisés:							
Fonds de financement	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres que F.F.	14	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	15	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	16	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Variation pour assurance-salaire	17	198 824	37 719	5 393	50 891	84 541	377 368
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SFL	19	354 812	XXXX	XXXX			354 812
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en replacement	22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution gouvernementale FTQ	26						
Rétroactivité salariale physiciens médicaux cliniques	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	28	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres	29	3 252 027	572 632	58 658	948 155	2 065 679	6 897 151
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX			
Allocations à des GMF et à des Cliniques-réseau	31	3 670 340	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	3 670 340
Services préhospitaliers d'urgence	32	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	21 274 547	21 274 547
TOTAL (L.01 à L.32)	33	8 232 753	610 351	64 051	999 046	23 474 336	33 380 537

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITEE

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Sous-total reporté	ADM	SS	GBÉ	Total (C.1 à C.4)
		1	2	3	4	5
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1	49 569	XXXX	XXXX	XXXX	49 569
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	23 833	XXXX	XXXX	23 833
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3		XXXX	XXXX	XXXX	
Transferts à l'agence	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	5		XXXX	XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés "achats de places"	6		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	7	320 759	XXXX	XXXX	XXXX	320 759
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	8	435 991	XXXX	XXXX	XXXX	435 991
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	385 634	XXXX	385 634
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10		XXXX	XXXX	XXXX	
Intérêts sur emprunts autorisés:						
Fonds de financement	11	XXXX		XXXX	XXXX	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres que F.F.	14	XXXX	195 354	XXXX	XXXX	195 354
	15	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	16	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Variation pour assurance-salaire	17	377 368	15 588	35 224	21 736	449 916
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	19	354 812	XXXX	XXXX	XXXX	354 812
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	693 761	XXXX	XXXX	693 761
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en replacement	22	XXXX	27 343	XXXX	XXXX	27 343
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23		XXXX	XXXX	XXXX	
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution gouvernementale FTQ	26		2 594			2 594
Rétroactivité salariale physiciens médicaux cliniques	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	28	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres	29	6 897 151	783 518	734 274	448 603	8 863 546
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF et à des Cliniques-réseau	31	3 670 340	XXXX	XXXX	XXXX	3 670 340
Services préhospitaliers d'urgence	32	21 274 547	XXXX	XXXX	XXXX	21 274 547
TOTAL (L.01 à L.32)	33	33 380 537	1 741 991	1 155 132	470 339	36 747 999

Notes aux états financiers

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) (ci-après désigné par l'établissement) a pour mission de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

L'établissement a été constitué en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui est entrée en vigueur le 1er avril 2015. Aucune lettre patente n'a été émise dans le cadre de cette réorganisation.

L'établissement est le résultat de la fusion de treize établissements publics, soit :

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie
- Centre de réadaptation Estrie
- Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook
- Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
- Centre de santé et de services sociaux des Sources
- Centre de santé et de services sociaux du Granit
- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François
- Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
- Centre jeunesse de l'Estrie
- Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie

Il a pour objet d'exploiter :

- Un centre local de services communautaires
- Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- Un centre d'hébergement et de soins de longue durée
- Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique de types auditive, visuelle, motrice et du langage
- Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance
- Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
- Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation

De plus, deux établissements publics ont été regroupés avec l'établissement et sont administrés par le conseil d'administration de celui-ci :

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie
- Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie a pour objet d'exploiter un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Pour sa part, le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a pour objet d'exploiter, pour ses installations, des centres locaux de services communautaires et des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Le siège social du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des établissements publics regroupés est situé au 375, rue Argyll, à Sherbrooke et les installations qui le composent sont réparties dans l'ensemble de la région sociosanitaire de l'Estrie.

En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200-00 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement a respecté cette obligation légale.

OPÉRATIONS AVEC LES FONDATIONS

Les fondations ont pour objet de recueillir les contributions versées en faveur de l'établissement. Durant l'exercice, l'établissement a obtenu des dons des fondations pour un montant de 10 333 473 $ (équipement : 8 528 680 $, recherche : 969 603 $, soins médicaux : 835 190 $).

ETAT DU SUIVI DES RESERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULES PAR L'AUDITEUR INDEPENDANT

<u>Signification des codes :</u>
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2016**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 "Immobilisations corporelles louées" du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt d'un contrat de location-acquisition, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. *(IUGS, Pommeraie, Memphrémagog, Haute- Yamaska et Des Sources)*	2011-2012	R	Aucune, directive du MSSS.			X
Lacune au niveau des procédures de gestion des privilèges d'accès. *(Haute -Yamaska)*	2011-2012	O	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle observation.	X		
Lacune au niveau de la procédure de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques. *(Haute-Yamaska)*	2011-2012	O	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle observation.	X		
La version de la base de données Oracle (9.2) pour les applications GRF, GRM et GRH n'est plus supportée. *(Haute-Yamaska)*	2014-2015	O	L'infrastructure de la suite Espresso de Logibec est désuète. Actuellement, aucune action		X	

			n'est envisagée. Une analyse de l'état actuel devra être faite et le CIUSSS de l'Estrie - CHUS devra se positionner sur sa vision technologique à ce sujet. Les sauvegardes sont faites à tous les jours et entreposées au service informatique de l'Hôpital de Granby. Le rehaussement de la BD Oracle 9.2 vers une version récente demande une exportation-importation de la BD. Cette intervention est estimée à 8 heures de travail professionnel par le fournisseur INFOR et a comme impact l'arrêt total des logiciels GRH, GRM et GRF pendant les travaux. Un appel d'offres sera initié par le MSSS, aucun investissement n'est prévu d'ici là.			
La politique de gestion des accès aux applications informatiques n'a pas été révisée depuis sa création en 2005. *(Haute-Yamaska)*	2014-2015	O	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle observation.	X		
L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des mots de passe tel qu'exigé selon le cadre global de gestion des actifs informationnels. *(Haute-Yamaska)*	2014-2015	O	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle observation.	X		
Lacune dans les approbations des écritures de journal. *(Haute-Yamaska)*	2014-2015	O	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle observation.	X		
Non redressement des états financiers des exercices antérieurs lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiement de transfert, qui a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de	2013-2014	R	Recommandation particulière de l'auditeur externe de l'ex CSSS de Memphrémagog (Mallette) qui n'a pas été faite par les auditeurs externes des autres ex-établissements de l'Estrie. L'ex CSSS de Memphrémagog comptabilise les paiements de	X		

transfert ayant fait l'objet d'un vote de crédit annuel par l'Assemblée nationale. *(Memphrémagog)*			transferts en conformité avec les directives du MSSS.			
Réserve sur l'équilibre budgétaire. *(VSF, HSF, Des Sources, Coaticook et CRDE)*	2014-2015	R	CIUSSS de l'Estrie - CHUS en équilibre en 2015-2016.	X		
Réserve sur le respect de l'équilibre budgétaire en considération de l'article 3 de la Loi. *(HSF)*	2013-2014	R	CIUSSS de l'Estrie-CHUS en équilibre en 2015-2016.	X		
Lacune au niveau de la gestion et de la modification des accès aux systèmes informatiques, dans la sécurité et la gestion relativement aux mots de passe des applications informatiques ainsi que l'absence de politiques relatives aux actifs informationnels.	2015-2016	O	Des travaux sont en cours pour améliorer la sécurité et harmoniser les pratiques qui concernent les technologies de l'information. Une rencontre sera planifiée sous peu afin d'évaluer et de mettre en place les modalités d'application.			X
Lacune au niveau de l'approbation des écritures de journal.	2015-2016	O	Au cours du prochain exercice, nous veillerons à mettre en place un processus d'approbation des écritures de journal par les gestionnaires et /ou les professionnels.			X
Lacune au niveau de la compilation des obligations contractuelles en lien avec la page 635-00 du rapport financier.	2015-2016	O	Au cours du prochain exercice, nous bonifierons la procédure de compilation des obligations contractuelles afin qu'elle respecte les exigences du MSSS. Nous veillerons à ce qu'elle soit appliquée dans l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.			X
Lacune au niveau des procédures de démarcation des créditeurs et charges à payer.	2015-2016	O	Nous prendrons les mesures requises pour nous assurer que le tableau sommaire compilant les factures non enregistrées avant la date butoir soit			X

			exhaustif.			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Réserve relativement à la non compilation de deux centres pour le Val-St-François, d'un centre pour Des Sources et d'un centre pour le Haut-St-François.	2013-2014	R	Pour le VSF, la réserve était au niveau des CA 5950 et du 6352. Les coûts étant peu importants, l'installation ne compile pas d'unité de mesure. Pour Des Sources, la réserve était au niveau du CA 6390. Les coûts étant peu importants, l'installation ne compile pas d'unité de mesure. Pour le HSF, les unités de mesures du CA 5950 ont été compilées conformément au MGF au cours de l'année 2015-2016.	X		
Réserve relativement à la non compilation d'un centre pour Des Sources et d'un centre pour le Haut-St-François.	2014-2015	R	Pour le HSF, les statistiques du CA 6322 n'ont pas été compilées, car il y a très peu de coûts. Cependant, les statistiques du CA 6390 et du 6322 ont été compilées au niveau du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 31 mars 2016 pour les installations dont les coûts sont plus importants.	X		
Aucune réserve, mais des recommandations ont été faites à la direction. *(Coaticook)*	2013-2014	C	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle recommandation.	X		
Aucune réserve, mais des recommandations ont été faites à la direction. *(Coaticook)*	2014-2015	C	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle recommandation.	X		
En raison de moyens de pression de la part des syndicats lors des journées de grève provinciales, certaines unités de	2015-2016	O	C'est une situation particulière pour l'année 2015-2016. Dans la prochaine année, nous verrons à mettre en place un processus qui			X

mesure n'ont pas été compilées. Ces moyens de pression ont touché certains intervenants des ex-établissements et centres d'activités suivants : CSSS Haute-Yamaska (6351, 6352 et 6610), CSSS de la MRC-de-Coaticook (6173), CSSS Val-St-Francois (6890), CSSS du Haut-St-François (5939 et 6173) et CSSS du Granit (6610). Les moyens de pression ont eu lieu à différents moments au cours des périodes 7, 8 et 9.			assurera l'intégralité des données statistiques.			
Des écarts ont été relevés dans des unités de mesure se rapportant à la superficie de bâtiments.	2015-2016	O	Les documents justifiant cette information seront regroupés et mis à jour.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
L'établissement n'a pas reçu les analyses financières des exercices 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012. *(Pommeraie)*	2011-2012	C	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouveau commentaire.	X		
L'établissement ne s'est pas conformé à l'article 263 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En effet, l'établissement a loué des immeubles sans avoir obtenu l'autorisation préalable de l'agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. *(Pommeraie)*	2011-2012	C	La problématique soulevée en 2011-2012 a été réglée au cours de l'année 2013-2014. La situation ne semble pas s'être répétée par la suite.	X		
Les privilèges d'administrateur du système comptable AZUR devraient être attribués à des personnes qui ne participent pas à la préparation de l'information financière pour ainsi diminuer le risque d'erreurs ou de fraudes. *(CRDITED)*	2012-2013	C	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle recommandation.	X		
Les écritures de journal général ne sont pas toujours revues par une autre personne. *(CRDITED)*	2014-2015	C	Regroupé dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Voir nouvelle recommandation.	X		

Non-respect de l'équilibre budgétaire en vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001). *(CRE)*	2014-2015	C	Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS est en équilibre au 31 mars 2016.	X		
L'établissement n'a pas reçu les analyses financières suivantes : Pommeraire et Haute-Yamaska : exercices 2012 à 2015 Autres établissements : exercice 2015	2015-2016	C	En attente des directives du MSSS.			X
Lacune au niveau de la gestion et de la modification des accès aux systèmes informatiques, dans la sécurité et la gestion relativement aux mots de passe des applications informatiques ainsi que l'absence de politques relatives aux actifs informationnels.	2015-2016	C	Des travaux sont en cours pour améliorer la securité et harmoniser les pratiques qui concernent les technologies de l'information. Une rencontre sera planifiée sous peu afin d'évaluer et de mettre en place des modalités d'application.			X
Lacune au niveau de l'approbation des écritures de journal.	2015-2016	C	Au cours du prochain exercice, nous veillerons à mettre en place un processus d'approbation des écritures de journal par les gestionnaires et /ou les professionnels.			X
Lacune au niveau de la compilation des obligations contractuelles en lien avec la page 635-00 du rapport financier.	2015-2016	C	Au cours du prochain exercice, nous bonifierons la procédure de compilation des obligations contractuelles afin qu'elle respecte les nouvelles exigences du MSSS. Nous veillerons à ce qu'elle soit appliquée dans l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.			X
Lacune au niveau des procédures de démarcation des créditeurs et charges à payer.	2015-2016	C	Nous prendrons les mesures requises pour nous assurer que le tableau sommaire compilant les factures non enregistrées			X

			avant la date butoir soit exhaustif.			
En raison de moyens de pression de la part des syndicats lors des journées de grève provinciales, certaines unités de mesure n'ont pas été compilées. Ces moyens de pression ont touché certains intervenants des ex-établissements et centres d'activités suivants : CSSS Haute-Yamaska (6351, 6352 et 6610), CSSS de la MRC-de-Coaticook (6173), CSSS Val-St-Francois (6890), CSSS du Haut-St-François (5939 et 6173) et CSSS du Granit (6610). Les moyens de pression ont eu lieu à différents moments au cours des périodes 7, 8 et 9.	2015-2016	C	C'est une situation particulière pour l'année 2015-2016. Dans la prochaine année, nous verrons à mettre en place un processus qui assurera l'intégralité des données statistiques.			X
Des écarts ont été relevés dans des unités de mesure se rapportant à la superficie de bâtiments.	2015-2016	C	Les documents justifiant cette information seront regroupés et mis à jour.			X
Rapport à la gouvernance						
Lorsqu'un contrat comportant une dépense supérieure au seuil d'appel d'offres public ou sur invitation est plutôt conclu de gré à gré dans l'un ou l'autre des cas énumérés à l'alinéa 13 de la Loi sur les contrats des organismes publics, l'établissement doit s'assurer d'obtenir l'autorisation du dirigeant de l'organisme public et doit en informer le ministre responsable annuellement. À la suite de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la notion "dans l'intérêt public" était utilisée dans plusieurs cas pour justifier le fait de ne pas aller en appel d'offres sur invitation ou public. Cette notion devrait être utilisée de façon limitée et donc des appels d'offres devraient être appliqués presqu'à l'ensemble des achats et des projets. L'établissement	2011-2012	O	Un plan d'action a été rédigé afin de s'assurer que les pratiques du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au niveau de l'approvisionnement soient en conformité avec le cadre normatif en gestion contractuelle. La situation devrait donc se régler au cours de l'exercice 2016-2017.		X	

s'assurerait ainsi de profiter des meilleurs prix possibles. *(CHUS)*						
Nous avons remarqué que plusieurs membres du conseil d'administration n'ont pas déclaré leurs intérêts personnels tel que requis par le *Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration* approuvé par l'établissement (politique interne NPG #1101 émise le 12 mars 1998 et révisée le 15 décembre 2010). Selon ce code d'éthique, il est mentionné : *"Avant d'entrer en fonction et à tout renouvellement de mandat, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme (...). Par ailleurs, cette déclaration doit être mise à jour chaque fois que les circonstances d'une personne changent de telle façon à exiger leur divulgation. (...)"*. Présentement, un suivi systématique des déclarations n'est pas effectué et il va sans dire que ces pratiques peuvent mettre en doute la transparence et l'intégrité des personnes responsables de la gouvernance de l'établissement. *(CHUS)*	2014-2015	O	Les membre du C. A. du CIUSSS de l'Estrie - CHUS ont tous signé une déclaration de conflit d'intérêt.	X		
Suite à l'intégration des établissements au 1er avril 2015, nous avons remarqué qu'il y a en place différentes politiques ou procédures qui peuvent différer de façon significative entre les établissements.	2015-2016	O	Au cours de la prochaine année, nous prioriserons certaines politiques ayant un impact significatif sur le contrôle interne. Lesdites politiques seront bonifiées, harmonisées et diffusées dans l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin de s'assurer de leur mise en application.			X

5.2 GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS ET CONTRATS DE SERVICES

5.2.1 Gestion et contrôle des effectifs

DONNÉES

La cible allouée au CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été respectée. Les données de 2015-2016 révèlent une diminution de 1 % du total des heures rémunérées, par rapport à l'année précédente.

CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS		COMPARAISON DE 2014-2015 À 2015-2016				
SOUS-CATÉGORIE D'EMPLOI DÉTERMINÉE PAR LE SCT	VALEURS OBSERVÉES	HEURES TRAVAILLÉES	HEURES SUPPLÉMENTAIRES	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES	NOMBRE ETC	NOMBRE INDIVIDUS
1 – Personnel d'encadrement	2014-2015	1 055 176	3 380	1 058 556	581	671
	2015-2016	937 785	2 454	940 239	516	647
	Variation	(11,1 %)	(27,4 %)	(11,2 %)	(11,2 %)	(3,6 %)
2 – Personnel professionnel	2014-2015	3 146 165	16 935	3 163 100	1 744	2 283
	2015-2016	3 113 769	14 610	3 128 378	1 725	2 262
	Variation	(1,0 %)	(13,7 %)	(1,1 %)	(1,1 %)	(0,9 %)
3 – Personnel infirmier	2014-2015	6 808 768	263 566	7 072 334	3 650	4 941
	2015-2016	6 930 921	214 988	7 145 908	3 713	5 057
	Variation	1,8 %	(18,4 %)	1,0 %	1,7 %	2,3 %
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-2015	10 860 038	217 608	11 077 645	5 986	7 970
	2015-2016	10 761 618	210 884	10 972 502	5 928	7 897
	Variation	(0,9 %)	(3,1 %)	(0,9 %)	(1,0 %)	(0,9 %)
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-2015	2 545 892	28 215	2 574 107	1294	1752
	2015-2016	2 510 811	19 930	2 530 741	1277	1721
	Variation	(1,4 %)	(29,4 %)	(1,7 %)	(1,4 %)	(1,8 %)
6 – Étudiants et stagiaires	2014-2015	59 636	226	59 862	33	199
	2015-2016	41 722	256	41 978	23	137
	Variation	(30,0 %)	13,3 %	(29,9 %)	(29,6 %)	(31,2 %)
Total du personnel	2014-2015	24 475 675	529 929	25 005 604	13 289	17 240
	2015-2016	24 296 625	463 122	24 759 747	13 182	17 169
	Variation	(0,7 %)	(12,6 %)	(1,0 %)	(0,8 %)	(0,4 %)

5.2.2 Contrats de services

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1ER AVRIL 2015 ET LE 31 MARS 2016

	Nombre	Valeur $
Contrats de services avec une personne physique[1]	1	30 000
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	47	12 615 342,21
Total des contrats de services	48	12 645 342,21

[1] Une personne physique, qu'elle soit dans les affaires ou non.
[2] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

5.3 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

— RESPECT DES RÈGLES ET DES NORMES —

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a accordé un soutien financier de 29 279 134 $ pour l'année financière 2015-2016 à 197 organismes communautaires œuvrant dans la région de l'Estrie. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 26 711 963 $ et a été attribuée à 184 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 91 % du financement accordé aux organismes communautaires de la région par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Aussi, parmi les 185 organismes subventionnés, 72 ont reçu du financement par entente pour des activités spécifiques et 12 demeurent non financés, pour un total de 197 organismes communautaires reconnus par le PSOC. De ce nombre, 61 organismes communautaires en provenance des RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska ont fait l'objet d'un transfert administratif à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi 10 le 1er avril 2015. Ces organismes sont regroupés dans une section distincte dans le portrait d'allocation des ressources financières. Toutefois, les données financières comparatives pour 2014-2015 s'avèrent non disponibles.

— ACTIONS RÉALISÉES —

Au cours de l'année 2015-2016, tel que l'exige le PSOC, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a analysé les documents de reddition de comptes des organismes communautaires sous sa responsabilité, soit :

- le rapport d'activité et le rapport financier du dernier exercice financier complété;
- l'avis de convocation, l'ordre du jour ainsi que le procès-verbal de la dernière assemblée générale annuelle des membres;

- les relevés statistiques appropriés, lorsque requis.

Un mécanisme sous forme de fiches de suivi a été mis en place pour assurer la conformité et le respect des normes. Une attention particulière a été portée au respect des termes de la Convention PSOC 2012-2015.

— ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES —

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
MAINTIEN À DOMICILE	**$**	**$**
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	257 084	254 533
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	152 411	150 898
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	212 854	210 742
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	155 405	153 862
Centre d'action bénévole de Windsor	129 107	127 826
Centre d'action bénévole du Granit	239 307	236 933
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	273 719	271 005
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	154 713	153 177
Centre d'action bénévole Valcourt et région	117 480	116 315
Centre de bénévolat de Richmond	123 455	122 230
Handi-Apte (L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile)	176 141	174 397
La Société Alzheimer de l'Estrie	97 332	96 368
Le Centre d'action bénévole des Sources (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	216 229	214 084
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	307 957	305 419
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	119 822	118 636
Rayon de soleil de l'Estrie	113 408	112 279
Sercovie	284 349	281 654

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
Total – Maintien à domicile	**3 130 773**	**3 100 358**
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	**$**	**$**
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 977	7 898
Animation jeunesse Haut-Saint-François	43 926	43 491
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	138 141	136 773
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	154 882	153 349
TDA/H Estrie	158 164	156 598
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	119 851	118 664
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	56 218	55 661
Association des accidentés cérébraux-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	275 397	272 670
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	86 570	85 713
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	215 021	212 893
Association des sourds de l'Estrie	56 218	55 661
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	31 303	30 993
Association du syndrome de Down de l'Estrie	59 077	58 492
Association Épilepsie Estrie	33 273	32 944
DIRA ESTRIE	121 539	120 318
Au point 14-18 de Danville	86 568	85 711
Azimut-Nord	46 399	45 940
Banque alimentaire Memphrémagog	102 872	101 853
Bulle et Baluchon	139 717	138 334

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	64 945	64 302
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	32 098	31 780
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP)	45 547	45 096
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.)	7 979	7 900
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)	17 197	17 027
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)	7 977	4 218
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	12 137	12 017
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	34 982	34 635
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)	18 988	18 800
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)	10 940	10 832
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	11 801	11 684
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)	8 615	8 530
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 850	2 822
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	10 792	10 685
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	19 415	19 223
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)	5 483	5 429
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	25 999	16 280
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	411 960	407 881
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	82 653	81 835
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles)	8 455	8 371
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence)	193 708	191 790
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	16 947	16 779

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
Arrimage Estrie	154 878	153 345
Centre des femmes de la MRC du Granit	196 715	194 767
Centre des femmes du Val-Saint-François	196 916	194 966
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	29 012	28 725
Centre des femmes La Parolière	196 716	194 768
Centre des femmes Lennoxville et environs	201 403	199 409
Centre des femmes Memphrémagog	196 817	194 868
Centre des jeunes de Lennoxville	86 988	86 127
Centre l'Élan	159 802	158 220
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	201 402	199 408
Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest	80 243	79 449
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	187 656	185 798
Corporation jeunesse Memphrémagog	104 535	103 500
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	99 971	98 981
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	102 870	101 851
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	92 229	91 316
Diabète Estrie	56 220	55 663
Dysphasie-Estrie	88 341	87 466
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	165 671	153 349
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	82 657	81 839
Famille Espoir	23 543	23 310
Famille Plus	23 543	23 310
Handi-capable	47 233	46 765

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	23 296	23 065
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	416 594	412 469
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie	227 614	225 360
L'Autre-Rive	160 664	159 073
L'Ensoleillée - ressource communautaire en santé mentale	129 776	128 491
L'Escale de l'Estrie	879 056	870 353
La Bouée régionale Lac-Mégantic	689 934	683 102
La Chaudronnée de l'Estrie	94 847	93 908
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	406 729	402 702
La Croisée des Sentiers	121 644	120 440
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	88 308	87 434
La Grande Table	88 308	87 434
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	186 955	57 276
La Maison Caméléon de l'Estrie	59 039	58 454
La Maison de la famille du Granit	31 521	31 209
La Maison des familles FamiliAction	16 621	16 456
La Maison des jeunes Actimaje	88 625	87 748
La Maison des jeunes de Coaticook	88 622	87 745
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	100 053	99 062
La Maison des jeunes de la St-François	113 569	112 445
La Méridienne 1990	689 919	683 088
La Passerelle de Weedon	196 816	194 867
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	29 438	29 147

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
La Relève du Haut-St-François (Le Comité de la relève de Scotstown)	33 631	33 298
La Société Alzheimer de l'Estrie	262 454	259 835
La Source-Soleil	359 944	356 380
Le Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	18 249	18 068
Le Centre d'action bénévole des Sources (Famille) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	5 139	5 088
Le Domaine de la sobriété	162 847	153 348
Le Pont, organisme de justice alternative	388 991	385 140
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	30 051	4 431
Le Rivage du Val-Saint-François	148 019	146 553
Le Seuil de l'Estrie	215 057	212 928
Les Fantastiques de Magog	282 657	81 839
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	43 259	42 831
Les Jeunes du coin d'Ascot	86 987	86 126
Les Soupapes de la bonne humeur	82 657	81 839
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	81 366	80 560
Les Tabliers en folie	95 459	103 974
Local des jeunes des Jardins-Fleuris	14 547	14 403
Maison de la famille de Sherbrooke	8 512	8 428
Maison de la famille Memphrémagog	31 592	31 279
Maison des grands-parents de Sherbrooke	4 333	4 290
Maison des jeunes de Fleurimont	29 438	29 147
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	45 053	44 607

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
Maison des jeunes l'Initiative	88 249	87 375
Maison Jeunes-Est	220 216	218 036
Marraine Tendresse de l'Estrie	25 424	25 172
Moisson-Estrie	168 430	166 762
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	160 450	158 861
Naissance-Renaissance Estrie	188 308	186 444
Points Jeunesse du Granit	105 820	104 772
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	211 396	209 303
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	18 422	18 239
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	111 887	110 779
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	30 051	29 754
Ressources communautaires en santé mentale «L'éveil»	129 422	120 638
S.O.S. Grossesse (Estrie)	154 880	153 347
S.P.E.C. Tintamarre inc.	206 040	204 000
Santé mentale Estrie	27 619	27 346
Secours-Amitié (Estrie)	179 279	177 504
Séjour la Bonne œuvre	678 319	671 603
Sercovie (personnes âgées)	31 021	30 713
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	154 880	153 347
Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE)	33 272	32 943
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	86 988	86 127
Unité DOMRÉMy d'Asbestos	120 498	81 839

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2014-2015 Base annuelle
Unité DOMRÉMy de Windsor	23 499	14 782
Virage Santé Mentale	136 906	127 724
Zone libre Memphrémagog	94 239	83 074
TOTAL - Promotion et services à la communauté	**16 503 647**	**15 895 276**
GRAND TOTAL	**19 634 420**	**18 995 634**

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - MONTÉRÉGIE	2015-2016 Base annuelle
MAINTIEN À DOMICILE	**$**
Centre d'action bénévole de Cowansville	101 434
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	81 954
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	102 185
Centre d'action bénévole de Granby inc.	133 885
Centre d'action bénévole de Waterloo	86 468
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	2 278
Club 3ième âge de Farnham inc.	11 223
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	28 214
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	17 051
Maison soutien aux aidants (La)	203 438
Popote de la région de Bedford (La)	36 910
Popote roulante de l'Ange-Gardien	2 212
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	124 372
Société Alzheimer de Granby et région inc.	59 688

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - MONTÉRÉGIE	2015-2016 Base annuelle
Total — Maintien à domicile	**991 312**
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	**$**
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	407 083
Association Avante	187 244
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	73 463
Association d'entraide en santé mentale «L'Éveil» de Brome-Missisquoi	161 175
Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	14 613
Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi	100 956
Association Garagona Inc.	2 561
Association Granby pour la déficience intellectuelle	70 501
Association PANDA Brome-Missisquoi	56 974
Auberge sous mon toit inc.	412 235
Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	46 340
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	2 626
Centre d'action bénévole de Cowansville	80 180
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	72 040
Centre d'action bénévole de Granby inc.	94 456
Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	99 197
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	269 985
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	404 567
Centre d'entraide La Boussole inc.	35 568
Centre jeunesse « Le trait d'union »	133 395
Club 3ième âge de Farnham inc.	14 267

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - MONTÉRÉGIE	2015-2016 Base annuelle
Club des personnes handicapées Brome-Missisquoi inc.	35 940
Collective par et pour Elle inc.	191 666
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	13 130
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	20 200
Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	227 762
Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	37 406
Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	6 564
Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	225 136
Entr'Elles Granby inc.	337 826
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	49 240
Exit de Waterloo (L')	152 454
Horizon pour elle inc.	765 673
Justice alternative et médiation	271 667
Maison Alice-Desmarais	752 047
Maison de répit Déragon inc.	129 454
Maison des jeunes de Farnham	131 807
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	114 929
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	85 587
Maison des jeunes Le Boum (La)	105 525
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	279 292
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	321 576
Maison d'hébergement R.S.S.M.	415 704
Maison soutien aux aidants (La)	5 674

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - MONTÉRÉGIE	2015-2016 Base annuelle
O.E.I.L. (L')	2 561
Oasis Santé Mentale Granby et région	243 826
Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	37 148
Parenfant Montérégie (Le)	60 014
Partage Notre-Dame	50 323
Phare source d'entraide (Le)	149 242
Popote de la région de Bedford (La)	2 626
Popote roulante de l'Ange-Gardien	2 828
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	57 695
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	159 647
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	148 674
Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu	52 934
Société Alzheimer de Granby et région inc.	71 386
Transition pour elles inc.	198 813
TOTAL - Promotion et services à la communauté	**8 653 402**
GRAND TOTAL	**9 644 714**

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2015-2016 BASE ANNUELLE	2014-2015 BASE ANNUELLE
MAINTIEN À DOMICILE	**$**	**$**
Aide communautaire de Lennoxville et des environs		254 533
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord		Ddd 150 898
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook		210 742
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)		153 862
Centre d'action bénévole de Windsor		127 826

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2015-2016 BASE ANNUELLE	2014-2015 BASE ANNUELLE
Centre d'action bénévole du Granit		236 933
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François		271 005
Centre d'action bénévole R. H. Rediker		153 177
Centre d'action bénévole Valcourt et région		116 315
Centre de bénévolat de Richmond		122 230
Handi-Apte (L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile)		174 397
La Société Alzheimer de l'Estrie		96 368
Le Centre d'action bénévole des Sources (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)		214 084
Le Réseau d'amis de Sherbrooke		305 419
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie		118 636
Rayon de soleil de l'Estrie		112 279
Sercovie		281 654
TOTAL — Maintien à domicile		**3 100 358**
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	**$**	**$**
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)		7 898
Animation jeunesse Haut-Saint-François		43 491
Association de la fibromyalgie de l'Estrie		136 773
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie		153 349
TDA/H Estrie		156 598
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)		118 664
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie		55 661
Association des accidentés cérébraux-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie(ACTE)		272 670
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc		85 713
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie		212 893
Association des sourds de l'Estrie		55 661
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)		30 993
Association du syndrome de Down de l'Estrie		58 492
Association Épilepsie Estrie		32 944
DIRA ESTRIE		120 318
Au point 14-18 de Danville		85 711
Azimut-Nord		45 940

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2015-2016 BASE ANNUELLE	2014-2015 BASE ANNUELLE
Banque alimentaire Memphrémagog		101 853
Bulle et Baluchon		138 334
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)		64 302
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)		31 780
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP)		45 096
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.)		7 900
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)		17 027
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)		4 218
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)		12 017
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)		34 635
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)		18 800
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)		10 832
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)		11 684
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)		8 530
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)		2 822
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)		10 685
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)		19 223
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)		5 429
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)		16 280
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie		407 881
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie		81 835
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles)		8 371
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence)		191 790
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)		16 779
Arrimage Estrie		153 345
Centre des femmes de la MRC du Granit		194 767
Centre des femmes du Val-Saint-François		194 966
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)		28 725
Centre des femmes La Parolière		194 768
Centre des femmes Lennoxville et environs		199 409
Centre des femmes Memphrémagog		194 868
Centre des jeunes de Lennoxville		86 127

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2015-2016 BASE ANNUELLE	2014-2015 BASE ANNUELLE
Centre l'Élan		158 220
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke		199 408
Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest		79 449
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue		185 798
Corporation jeunesse Memphrémagog		103 500
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke		98 981
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog		101 851
Cuisines collectives du Haut-Saint-François		91 316
Diabète Estrie		55 663
Dysphasie-Estrie		87 466
Élixir ou l'Assuétude d'Ève		153 349
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François		81 839
Famille Espoir		23 310
Famille Plus		23 310
Handi-capable		46 765
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)		23 065
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie		412 469
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie		225 360
L'Autre-Rive		159 073
L'Ensoleillée - ressource communautaire en santé mentale		128 491
L'Escale de l'Estrie		870 353
La Bouée régionale Lac-Mégantic		683 102
La Chaudronnée de l'Estrie		93 908
La Cordée, ressource alternative en santé mentale		402 702
La Croisée des Sentiers		120 440
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources		87 434
La Grande Table		87 434
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie		57 276
La Maison Caméléon de l'Estrie		58 454
La Maison de la famille du Granit		31 209
La Maison des familles FamillAction		16 456
La Maison des jeunes Actimaje		87 748

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2015-2016 BASE ANNUELLE	2014-2015 BASE ANNUELLE
La Maison des jeunes de Coaticook		87 745
La Maison des jeunes de l'Or Blanc		99 062
La Maison des jeunes de la St-François		112 445
La Méridienne 1990		683 088
La Passerelle de Weedon		194 867
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville		29 147
La Relève du Haut-St-François (Le Comité de la relève de Scotstown)		33 298
La Société Alzheimer de l'Estrie		259 835
La Source-Soleil		356 380
Le Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)		18 068
Le Centre d'action bénévole des Sources (Famille) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)		5 088
Le Domaine de la sobriété		153 348
Le Pont, organisme de justice alternative		385 140
Le Réseau d'amis de Sherbrooke		4 431
Le Rivage du Val-Saint-François		146 553
Le Seuil de l'Estrie		212 928
Les Fantastiques de Magog		81 839
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie		42 831
Les Jeunes du coin d'Ascot		86 126
Les Soupapes de la bonne humeur		81 839
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie		80 560
Les Tabliers en folie		103 974
Local des jeunes des Jardins-Fleuris		14 403
Maison de la famille de Sherbrooke		8 428
Maison de la famille Memphrémagog		31 279
Maison des grands-parents de Sherbrooke		4 290
Maison des jeunes de Fleurimont		29 147
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes		44 607
Maison des jeunes l'Initiative		87 375
Maison Jeunes-Est		218 036
Marraine Tendresse de l'Estrie		25 172

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2015-2016 BASE ANNUELLE	2014-2015 BASE ANNUELLE
Moisson-Estrie		166 762
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie		158 861
Naissance-Renaissance Estrie		186 444
Points Jeunesse du Granit		104 772
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)		209 303
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)		18 239
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie		110 779
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)		29 754
Ressources communautaires en santé mentale «L'éveil»		120 638
S.O.S. Grossesse (Estrie)		153 347
S.P.E.C. Tintamarre inc.		204 000
Santé mentale Estrie		27 346
Secours-Amitié (Estrie)		177 504
Séjour la Bonne œuvre		671 603
Sercovie (personnes âgées)		30 713
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie		153 347
Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE)		32 943
SPOT Jeunesse de Sherbrooke		86 127
Unité DOMRéMy d'Asbestos		81 839
Unité DOMRéMy de Windsor		14 782
Virage Santé Mentale		127 724
Zone libre Memphrémagog		83 074
TOTAL - Promotion et services à la communauté		**15 895 276**
GRAND TOTAL		**18 995 634**

Annexe A – Attentes spécifiques

ATTENTES SPÉCIFIQUES

1. MISE EN ŒUVRE DE LA LOI

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
1.1 Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	Réalisé
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires : CMDP-CM-CII	Réalisé
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	Réalisé
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	Réalisé
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	Réalisé
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	Réalisé
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	Annulé	-
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	Réalisé
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	Réalisé

COMMENTAIRES

1.6 Privilèges des médecins et des dentistes. Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et des dentistes. État de l'avancement : pas concerné puisque ce livrable a été reporté à une date indéterminée.

2. SANTÉ PUBLIQUE

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	Réalisé

3. SERVICES SOCIAUX

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	Réalisé
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	Réalisé
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signées avec les autres établissements, le cas échéant	Réalisé
3.5 Programme-services dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	Réalisé
3.6 Personnes aînées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	Réalisé
3.7 Personnes aînées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	Réalisé
3.8 Personnes aînées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	Réalisé
3.9 Personnes aînées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les appuis régionaux	État de situation	Réalisé

4. SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
4.1 Accès aux services spécialisés	Annulé	-
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	Réalisé
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	Réalisé

4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	Réalisé
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	Pas concerné
4.6 Contiuum de services en cardiologie (suivi)	Annulé	-
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	Réalisé

COMMENTAIRES

4.2 Validé par le MSSS en fin de période 13

4.5 Reporté

5. FINANCES, IMMOBILISATIONS ET BUDGET

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire *Gestred*	Réalisé

6. COORDINATION

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	Réalisé
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1. Plan de travail	Pas concerné
	2. Bilan des activités	Pas concerné

7. PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	Réalisé
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	Annulé	-

8. TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	En cours de réalisation
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	Réalisé
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1. Nom du responsable DMÉ	Réalisé
	2. Plan de soutien	Réalisé
8.4 Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	Réalisé
8.5 Gouvernance et gestion des ressources informationnelles	1. Planification triennale des projets et activités en RI	Réalisé
	2. Programmation annuelle des projets et activités en RI	Réalisé
	3. Bilan annuel des réalisations en RI	Réalisé
	4. État de santé des projets	Réalisé
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1. État des lieux	Réalisé
	2. Plan d'action pour le regroupement des RI	Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	Réalisé
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	Réalisé

COMMENTAIRES

8.1 Le volet imagerie médicale de ce livrable est en cours de réalisation :

Rehaussement terminé à 75 %. Pas de rehaussement SIR à effectuer dans notre région en préparation de la transition vers le RID.

Les travaux de normalisation des interfaces sont présentement planifiés avec l'équipe DSQ du MSSS afin de respecter l'échéancier.

Les travaux devraient débuter à la mi-juillet et terminer à la fin septembre 2016.

8.6 – 2. : Ce livrable a été repoussé à une date indéterminée.

Annexe B – Code d'éthique et de déontologie

CODE D'ÉTHIQUE
ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics.

Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face.

Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Code d'éthique et de déontologie adopté par le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS le 4 février 2016.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. FONDEMENT LÉGAL

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Administrateur : Membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Code : code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Établissement : CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. CHAMP D'APPLICATION

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent code.

5. DISPOSITION FINALE

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. DIFFUSION

L'établissement doit rendre le présent code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.

- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

9.

Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10.

Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11.

Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12.

Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13.

Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

14.

Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15.

La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

APPLICATION

16. Adhésion au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

b) voir à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du conseil d'administration;

c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;

d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;

e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

g) évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;

i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen ad hoc » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen ad hoc

18.1

Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2

Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3

Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;

b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent code;

c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4

La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5

Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2

Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3

Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.

19.4

Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.

19.5

Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6

Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8

Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;

b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;

d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9

Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10

Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11

Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12

Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13

Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

19.14 Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

19.15 Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXE B.1 – ENGAGEMENT

ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, déclare avoir pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

Affirmé solennellement devant moi à _____ ce _____.

_____ _____

Nom du commissaire à l'assermentation Signature

ANNEXE B.2 – AVIS
DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS due aux faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE B.3 – DÉCLARATION
DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____, membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, déclare les éléments suivants :

INTÉRÊTS PÉCUNIAIRES

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après :

- _____
- _____
- _____

TITRE D'ADMINISTRATEUR

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- _____
- _____
- _____

EMPLOI

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

ANNEXE B.4 – DÉCLARATION
DES INTÉRÊTS DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Je, _____, présidente-directrice générale et membre d'office du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, déclare les éléments suivants :

INTÉRÊTS PÉCUNIAIRES

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après :

- _____
- _____
- _____

TITRE D'ADMINISTRATEUR

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- _____
- _____
- _____

EMPLOI

« La présidente-directrice générale et la présidente-directrice générale adjointe d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

ANNEXE B.5 – DÉCLARATION
DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE B.6 – SIGNALEMENT
D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

ANNEXE B.7 – AFFIRMATION
DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu